

第3号様式（第4条関係）

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費  
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

富士宮市長 宛

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日						
	氏名		個人番号						
	居住地	〒 富士宮市 電話番号( ) -							
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日						
			個人番号						
			続柄						
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号					
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)						
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)								有・無	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期間				
		利用中のサービスの種類と内容等							
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援( )・要介護	1 2 3 4 5			
		利用中のサービスの種類と内容等							

変更の理由									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変更を申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護		
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

支給決定の際に必要なときは、市が申請者(必要に応じ世帯分を含む。)の税務資料、その他の公簿について調査をすることに同意します。また、訪問調査等のため、市が委託する事業所に対し、氏名・居住地等必要事項の情報を提供すること、かつサービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査及び概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、障害区分認定審査会における審査判定結果、意見並びに医師意見書の全部又は一部を、指定一般・指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

主治医 (※)	フリガナ		医療機関名	
	主治医の氏名			
	所在地	電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも該当しない場合は、空欄とすること。）	
	1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属するもの	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも該当するため、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること（年令 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1 療養介護利用者であること（年令 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにも該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設及び特定旧法指定施設）	
<20歳以上の方> 1 施設入所者であること（年令 歳） 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1 施設入所者であること（年令 歳）	
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		電話番号