

介護給付費・訓練等給付費等支給変更申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

次のとおり、介護給付費等の支給変更について申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒 札幌市 区	電話番号	
身体障害者手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： 種 級 障害種別：肢体・視覚・聴覚・言語・内部	
療育手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： A ・ B ・ B-	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： 1級 ・ 2級 ・ 3級	
難病等	疾患名：			
変更の理由				

届出者（※申請者同一の場合は記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

変更を申請する障害福祉サービス等の種類

介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 同行援護
	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
介護給付費	<input type="checkbox"/> 療養介護 ※健康保険証の写しを併せてご提出ください。 （被保険者証の記号及び番号 保険者名及び番号）	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 （該当するものにチェックをつけてください。） 【日中活動】 <input type="checkbox"/> 生活介護・自立訓練（ <input type="checkbox"/> 機能訓練・ <input type="checkbox"/> 生活訓練）・ <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（ <input type="checkbox"/> A型・ <input type="checkbox"/> B型（特定旧法受給者のみ））	
希望支給量		
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 （ <input type="checkbox"/> 体験利用）	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型（介護提供の希望 有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型（受託居宅介護の希望 有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型
	※体験利用の場合に記載してください。 利用日数 _____日 利用期間（ _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日）	
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・生活訓練（宿泊型））	
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設以外・養成施設）	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）（障害基礎年金1級の受給 有 ・ 無）	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）（障害基礎年金1級の受給 有 ・ 無）	
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	
希望支給量		
移動支援費	<input type="checkbox"/> 移動支援（ <input type="checkbox"/> 行動援護の支給決定要件を満たす場合、行動援護の支給申請とする。）	
	希望支給量	

負担上限月額に関する認定（移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） <small>※療養介護利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。</small> <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） <small>※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。</small> <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））

特定障害者特別給付費に関する認定
 下記に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。

【入所施設を利用する場合】	【共同生活援助を利用する場合】
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）
 下記に該当するため、医療型個別減免の適用を申請します。
 ・低所得（市町村民税非課税世帯）

生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。）。

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

サービスの利用状況（利用中のサービスの種類と内容等を記載してください。）

障害支援区分	区分	1	2	3	4	5	6	無	(いずれかに○をつける)
介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）								()
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護								()
	<input type="checkbox"/> 同行援護								()
	<input type="checkbox"/> 行動援護								()
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援								()
	<input type="checkbox"/> 療養介護								()
	<input type="checkbox"/> 生活介護								()
	<input type="checkbox"/> 短期入所								()
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 施設入所支援								()
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助								()
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・生活訓練（宿泊型））								()
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設以外・養成施設）								()
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）								()
移動支援費	<input type="checkbox"/> 就労定着支援								()
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助								()
介護保険	移動支援								()
	要介護認定	有・無	要支援1・2		要介護1・2・3・4・5				
	利用中のサービスの種類と内容等								

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			