

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更申請書兼  
利用者負担額減額・免除等変更申請書

(あて先) 登米市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	印	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	居住地	〒 電話番号			
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
		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(※)		

※「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	障害程度 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

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"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 児童デイサービス		
	<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"/> 就労移行支援	
		<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"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
旧法 施設 支援	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設 (入所・通所)	<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設 (入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設 (入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設 (入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設 (入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮	

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

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

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。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまら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であって、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 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの	
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、個別減免を申請します。 1. グループホーム・ケアホーム入居者、施設入所者(注)（20歳以上） 2. 市町村民税非課税世帯の者	
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者(注)であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者(注)であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> IV 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すること。

(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、特定旧法指定施設）

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			