様式第7号(第5条関係)

(表面)

介護給付費等支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

**障がい者ご本人の氏名と個人番号等を記入してください。**

　大分市長　　　　　　殿

【記入例】

　次のとおり申請します。

申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | **オオイタ　タロウ** | | | 個人番号 | **0** | **0** | | **0** | **0** | **0** | **0** | | **0** | | **0** | | **0** | **0** | **0** | **0** |
| 氏名 | | 大分　太郎 | | | 生年月日 | **昭和●年▲月■日** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒**８７０－８５０４**  **大分市荷揚町●丁目△△番地●●●ハイツ△△△号**  　　　　　　　　　　　　　電話番号　５３４－●●●● | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 支給申請に係る児童氏名 | | |  | | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 続　柄 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | **大分市**  **第●号** | | 療育手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | |  | | | | | 疾病名 | | | |  | | | | |
| 障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | **H●●.△.□～H□□.●.△** |
| 利用中のサービスの種類、内容等  **居宅介護：家事援助** | | | | | | | | |
| 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、内容等 | | | | | | | | |
| 変更の理由 | | | | **支給量の見直しが必要になった為** | | | | | | | | |
| 申請するサービス | 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 | | | |
| ☑居宅介護 | | | | | □自立訓練(機能訓練) | | | |  | | |
| □重度訪問介護 | | | | | □自立訓練(生活訓練) | | | |
| □同行援護  **申請するサービスに**  **チェックをしてください。** | | | | | □宿泊型自立訓練 | | | |
| □行動援護 | | | | | □就労移行支援 | | | |
| □療養介護 | | | | | □就労移行支援(養成施設) | | | |
| □生活介護 | | | | | □就労継続支援A型 | | | |
| □短期入所 | | | | | □就労継続支援B型 | | | |
| □重度障害者等包括支援 | | | | | □就労定着支援 | | | |
| □施設入所支援 | | | | | □自立生活援助 | | | |
|  | | | | | □共同生活援助(グループホーム) | | | |
| 地域相談支援 | | □地域移行支援 | | |  | | | |
| □地域定着支援 | | |  | | | |

(裏面)

|  |  |
| --- | --- |
| 所得区分認定 | 負担上限月額に関する認定  　□　次の区分の適用を申請します。  　　　□　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  　　　□　3　市町村民税非課税世帯に属し、療養介護を利用する者であって、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金額が80万円以下の者  　　　□　4　市町村民税非課税世帯に属し、療養介護を利用する者であって、3以外の者  　　　□　5　市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割16万円未満(障害児(注)にあっては28万円未満)の者(ただし、20歳以上の施設等入所者を除く。)  　(注)　「障害児」は、20歳未満の施設等入所者を含み、加齢児を除く。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請する減免の種類 | 特定障害者特別給付費 | Ⅰ　施設入所者(注)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)  　□　次のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 | |
| □〈20歳以上の方〉  　　1　施設入所者であること。  　　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。 |
| (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知的障害者通勤寮入所者を除く特定旧法指定施設)です。 | |
| Ⅱ　グループホーム入所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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 | |
| 医療型個別減免 | Ⅲ　医療型個別減免に関する認定  　□　次のいずれにも当てはまるため、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。  　　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(注)であること。 |
| (注)　対象者は医療型障害児施設及び療養介護の利用者です。 | |
| 生活保護への移行予防措置 | 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(□定率負担減免措置　□補足給付の特例措置)を申請します。  **主治医の先生や病院名等を**  **記入してください。**  　※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要です。 | |

　いずれも、事実関係を確認できる書類を添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 | 福祉　花子 | 医療機関名 | ●●病院 |
| 所在地 | 〒870-●●●  大分市明野東●丁目●番●●号　　　　　電話番号 097-●●●-●●●● | | |

※　主治医の欄は、介護給付費を申請する場合記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | ☑　申請者本人 | | |
| □　申請者本人以外  **申請書提出者について、「申請者本人」と「申請者本人以外」のどちらかをチェックしてください。**  **「申請者本人以外」の場合は、その方の氏名・ご関係等を記入してください。** | 提出者氏名 |  |
| 申請者との関係 |  |
| 住所 | 電話番号 | | |