第7号様式(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | (介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費)支給変更申請書兼  利用者負担額減額・免除等変更申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多古町長　　　　　　様  　　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 | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |  |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | | | | | |
| 居住地 | | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 支給申請に係る障害児氏名 | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  |
|  | 被保険者等の記号及び番号(※) | | | | | |  | | | | | | | | | 保険者名及び番号(※) | | | | |  | | |
| ※「被保険者等の記号及び番号」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 | | □ 居宅介護 | | | | | | | | □ 就労定着支援 | | | | | | | |  | | | |
| □ 重度訪問介護 | | | | | | | | □ 自立生活援助 | | | | | | | |
| □ 同行援護 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| □ 行動援護 | | | | | | | |
| □ 短期入所 | | | | | | | |
| □ 重度障害者等包括支援 | | | | | | | |
| 日中活動系 | | □ 療養介護 | | | | | | | | □ 自立訓練（機能訓練） | | | | | | | |
| □ 生活介護 | | | | | | | | □ 自立訓練（生活訓練） | | | | | | | |
|  | | | | | | | | □ 就労移行支援 | | | | | | | |
| □ 就労継続支援（A型） | | | | | | | |
| □ 就労継続支援（B型） | | | | | | | |
| 居住系 | | □ 施設入所支援 | | | | | | | | □ 共同生活援助（グループホーム） | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請する減免の種類 | □　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   * 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○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：28万円未満）に属する者 | |
| □　Ⅱ　医療型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、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　　才)  　　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　　才) |
| □　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)  　　　　　下記のいずれにもあてはまるため、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） | |
| 〈20歳以上の方〉  　　1　施設入所者であること(年令　　才)  　　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　　才) |
| □　Ⅳ　グループホーム等入居者（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（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。  　　　（注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム） | |
| □　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(□定率負担減免措置　□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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□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 | | |