

北上市長 様

障害福祉サービス費等支給変更申請書

次のとおり申請します。

|                  |       |                |          |                   |     |
|------------------|-------|----------------|----------|-------------------|-----|
| 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<br>障害児氏名 | 個人番号： | 続 柄            |          |                   |     |
| 身体障害者<br>手帳番号    |       | 療 育 手<br>帳 番 号 |          | 精神障害者保<br>健福祉手帳番号 |     |
| 障害基礎年金1級の受給の有無   |       |                |          |                   | 有・無 |
| 被保険者証の記号及び番号     |       |                | 保険者名及び番号 |                   |     |

備考 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」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<br>状況 | 障害福祉<br>関係サービス | 障害支援<br>区分の認定   | 有・無 | 区分 1 2 3 4 5 6 | 有効<br>期間             |  |
|               |                | 利用中のサービスの種類と内容等 |     |                |                      |  |
|               | 介護保険<br>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 |  |  |
|-------|--|--|

|              |                                 |                                          |                                     |            |  |
|--------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|------------|--|
| 申請する<br>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"/> 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"/> 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) |                                     |            |  |

サービス等利用計画、障害児支援利用計画、個別支援計画又は通所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、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、北上市から相談支援事業所、障害福祉サービス事業所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 \_\_\_\_\_

(裏)

|     |        |               |       |  |
|-----|--------|---------------|-------|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 |               | 医療機関名 |  |
|     | 所在地    | 〒<br><br>電話番号 |       |  |

備考 主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院に入院している者に限る。)を申請する場合に記入すること。

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 申請する減免の種類                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定<br>(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。なお、この欄、2の(2)及び3の(2)における世帯の範囲は、18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の場合は障害者本人及びその同一の世帯に属する配偶者、障害児の場合は世帯員全員とする。)<br>(1) 生活保護受給世帯<br>(2) 市町村民税非課税世帯に属する者<br>(療養介護を利用する場合は、ア又はイの当てはまる方に○をつける。)<br>ア 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80万円以下の者<br>イ ア以外の者<br>(3) 市町村民税課税世帯(障害者の場合は所得割16万円未満、障害児の場合は所得割28万円未満)に属する者 |                                 |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 2 医療型個別減免に関する認定<br>(次のいずれにもあてはまる場合)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|                                                                                                    | 〈20歳以上の方〉<br>(1) 療養介護利用者であること(年齢 歳)<br>(2) 市町村民税非課税世帯の者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 〈20歳未満の方〉<br>療養介護利用者であること(年齢 歳) |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 3 介護給付費の対象となる障害者支援施設に入所している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(入所施設の食費等軽減措置)<br>(次のいずれにもあてはまる場合)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |
|                                                                                                    | 〈20歳以上の方〉<br>(1) 施設入所者であること(年齢 歳)<br>(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〉<br>施設入所者であること(年齢 歳)   |
|                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 4 共同生活援助(グループホーム)に入居している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)<br>(市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の場合)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> 5 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<br>(1) 定率負担減免措置<br>(2) 補足給付の特例措置 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |

備考 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。