第13号様式（第８条、第18条関係）　　【申請内容】□追加　□支給量変更　□その他【受給者証番号】＿＿＿＿＿＿＿＿

支給決定変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費）

　郡山市福祉事務所長  
　　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 | | | | | | |
| 申請に係る障害児氏名  ※18歳未満の場合のみ記入 | | | | |  | | | | | 個人番号 | | |  | | | | | | |
| 申請者からみた続柄 | | | | |  | | | | |
| 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 | | | |  | | | 疾病名 | |  |
| 「被保険者記号・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に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者記号・番号(※) | | | | | | |  | | | | | 保険者名及び番号(※) | | | |  | | | |
| 障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有・無 | |
| 障害支援区分の認定 | | | | 有・無 | | 区分　１　２　３　４　５　６ | | | | | 有効期限 | | 年　月　日まで | | | | | | |
| 利用中の障害福祉サービスの種類と内容等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 要 介 護 認 定 | | | | 有・無 | | 要介護度 | | 要支援(　)・要介護　１　２　３　４　５ | | | | | | | | | | | |
| 利用中の介護保険サービスの種類と内容等 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 変 更 の 理 由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請するサービス | | | | |
| 介護給付費 | | | 訓練等給付費 | |
| □居宅介護 | □身体介護（月　　　　時間）（1回　　　時間） | | □自立訓練〔□機能訓練　□生活訓練〕（月　　　　　日） | |
| □家事援助（月　　　　時間）（1回　　　時間） | | □宿泊型自立訓練 | |
| □通院等介助（月　　　　時間）（1回　　　時間）  （□　身体介護あり） | | □就労移行支援（月　　　　　日） | |
| □通院等乗降介助（月　　　回） | | □就労移行支援（養成施設）（月　　　　　日） | |
| □重度訪問介護（月　　　　　　時間） | | | □就労継続支援　A　型（月　　　日） | |
| □同行援護（月　　　　　時間） | | | □就労継続支援　B　型（月　　　日） | |
| □行動援護（月　　　　　時間） | | | □就労定着支援 | |
| □短期入所（月　　　　　　日） | | | □自立生活援助 | |
| □重度障害者等包括支援（月　　　　　　　時間） | | | □共同生活援助 | |
| □生活介護（月　　　　　　日） | | | 申請に係る具体的内容 | |
| □療養介護 | | |  | |
| □施設入所支援 | | |
| □地域移行支援 | | |
| □地域定着支援 | | |
| □計画相談支援（依頼する事業所:　　 　　　　　　　　　） | | |
| 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。)を申請する場合に記入してください。 | | | | |
| 主治医の氏名 | |  | | 医療機関名： |
| 所　在　地 | |  | | 電話番号： |
| 申請書を提出する方について記入してください。 | | | | |
| 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： |

該当する減免申請があればチェックをつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。  　　　　(当てはまるものに○を付ける。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(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯を含む。)  　　　２　市区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の当てはまる方にも○を付ける。  　　　　　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額が80万円以下のもの  　　　　　②　①以外のもの  　　　３　市区町村民税非課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割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。(年齢　　歳)  ２　市区町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者 | 〈20歳未満の方〉  　療養介護利用者であること。(年齢　　歳) |
| □　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)  　　　下記のいずれにも当てはまるため、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。(年齢　歳)  ２　市区町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属する者 | 〈20歳未満の方〉  　施設入所者であること。(年齢　歳) |
| □　Ⅳ　共同生活援助入居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)  　　　　市区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。 | |
| □　Ⅴ　生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(□自己負担減免措置　□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。 | |