障害福祉サービス支給変更等申請書

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 支給変更申請書兼利用者負担額減額·免除等変更申請書兼収入等申告書

職員記入欄(記入不要)											
新	規	変更	į Į	更新	(月旬	りれ)				
	[セ	計	·	并	1					

八王子市福祉事務所長 様

次のと	おり申請	青します。									由≇	左口	п			/ :		п	п
	71	ー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	I					1			申請	午月	日			年	•	月	日
申請	フリガナ 氏 名 個人者			番号:					生年月日		明昭		大正 平成	年	J]	日	歳	
者		住 地	₹								電話	電話番号							
フリガナ						生年月日 平成 年 月 日								歳					
支給申請に係る																			
児 童 氏 名 個人番号:					_			約	続 柄										
障	害等の	種別		身体	障害	□ 知	口的障害	髺	□ 精神障害 □						病			左記	以外
利サ月		雙保険 			護認定	有•				要支援		2	•	要介護	1	2	3	4	5
状ビ況ス	利用甲	の障害で	晶	糸サー	・ビス又	は介護保	険サー	ビスの	り種類	領と内	谷等				-				
変更の理由															具体的 支給。	的内容 景等)			
	区分		介護給付費						訓練等給付費						(1)	1 =) '&).	<u> </u>	¥ 47 /
	訪問系・	□居	宅 介	護(ヘル	パー)	そ訪の問		自	<u> </u>	生	活	i i	援 助	J				
		□重	度	訪	問	介 護	他系		就	労	定	着		支 援					
申		□同	3	行	援	護	中		就	労	移	行		支 援					
請	その	□行	Į	動	援	護			就	労 移 彳	亍 支 ?	援(養成	施設)					
する	他	□短	7	期	入	所			就り	労継 緩	克支护	€Α₹	章害基礎 年金1級						
かり		□重	度障 "	害 者	等包	括支援			就き	労継 紛	克支护	爰Β [₹]		□有□無					
ビビ	日中	□ 生	ì	活	介	護	不		自	立訓	練((機	能	訓 練)					
ス	活動系	□療		養	介	護			自	立訓	練(生	活	訓 練)					
	居住系	□施	設	入	所	支 援			宿	泊	型	自	立	訓練	ĺ				
	相談支	□計	画	相	談	支 援	居住系		共同生活援助(グループ				ープ	'ホーム)					
		□地	域	移	行	支 援			□ Γ 通過型			滞在型サテライト型							
	援	□地	域	定	着	支 援			Ln				7 7						
主治	主治医の氏名									医	療機関	到名							
医		所在地		₹									į	電話番号	크 .				

サービス等利用計画又は個別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、八王子市から指定特定相談支援事業者、指定児童相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することを承諾します。

	利用	者負	担上限月額の認定に	こついて、下記の	区分の適	用を申請	青します。						
申請する減免の種類	□ 生活保護受給世帯			□非課	(戸	□ 訪 所得割額の合計 (児童は28)		課税世帯 記以外の者)					
			医療型個別減免に関する認定について、下記のいずれにも該当するため申請します。										
	療養介護		□ 療養介護利用者であること (年令 才) □ <20歳以上の方のみ> 市町村民税非課税世帯										
	施設入所	特定障害者特別給付申請します。	寸費(補足給付)	に関する詞	忍定(入)	所施設の食	費等軽減措置)に	ついて、下記に	こ該当するため				
			よっこ1 / 欠人	-l-\									
		□ 施設入所者であること(年令 才) □<20歳以上の方のみ>市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯											
	共同生活	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)について、下記に該当するため申請します。											
	援助		□市町村民税非課税世帯 □生活保護受給世帯										
	□ 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要										なります。		
	本人が18歳以上の場合は配偶者、18歳未満の場合は世帯全員を以下に記入してください。												
	/ / / / /		氏名	生年		本人との関係			合のみ)住所及ひ				
世帯の状況等	申請者				工十万口			(3.7/1. 2. %) L. (7. / L. (7.)) L. (7. / L. (7. / L. (7. / L. (7.)) L. (7. / L. (7. / L. (7.)) L. (7.) L					
							同居/別居						
	世帯員						同居/別居	住所: 個人番号:					
							同居/別居	住所: 個人番号:					
							同居/別居	住所:					
	個人番号:												
【療	養分	卜護 】	【施設入所支援	の申請者で	(医療型個	別減免	•補足給付)	を申請する場合の	み記入してくた	ごさい。 			
	該当	自する[]にチェックをし、✓≀	あり の場合はそ	の証明書	等を申請	青書に添付し	てください。					
	-	区分	種類	あり/フ	なし		あり/なし						
	マス(年収) その他	得	□障害年金 □遺游 □老齢年金 □特別	兵年金 川障害者給付金	□あり [コなし		者手当 □障害児 祉手当 □特別児		□あり □なし			
年中の			工賃等以	又入	□あり[コなし	その他の	収入(□あり □なし				
収 入			仕送り山	又入	□あり [コなし	不	□あり □なし					
状況			その他の収入(□あり □なし					
	必要	E 経費	租税 ()	□あり [コなし	社会保障	□あり □なし					
【療養介護】の申請者のみ 加入している医療保険等 ※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。													
被保険者証の記号及び番号 保険者名および番号													
	申請	青書提	出者 □申請者	★人 □申	請者本人以	以外(下	の欄に記入)					
フリ	ガナ	-	<u> </u>	続杯	i 住房	F							
氏	名	i			電話看	备号							

(記入上の注意)

収入の証明書等、サービスの申請に必要な書類については、この申請書に必ず添付してください。また、書ききれない事項がある場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。不実の申告をした場合、関係法令により処罰されることがあります。