

第14号様式（第10条・第17条の9関係）

（表）

（介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

（宛先）中央区長

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	氏名			年 月 日			
	個人番号						
	居住地	〒	電話番号				
支給申請に係る児童	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	児童氏名						
	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		疾病名	
被保険者証の記号及び番号（※）				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

※「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に記入すること。

同一世帯に属する者	氏名		個人番号		氏名		個人番号	
	氏名		個人番号		氏名		個人番号	

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	
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等										
		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	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	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"/> 宿泊型自立訓練				
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援				
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）				
			<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	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）				
地域相談支援	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

(裏)

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	<input type="checkbox"/> 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 生活保護受給世帯に属する者 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の当てはまる方にも○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 市町村民税課税世帯(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	
	<input type="checkbox"/> 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 療養介護を利用する者(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯も属する者	(20歳未満の方) 1 療養介護を利用する者(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> 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) 上記の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)をいう。	
	(20歳以上の方) 1 施設入所者(年齢 歳) 2 市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) 1 施設入所者(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> IV 共同生活援助(グループホーム)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) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属するため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		