様式第８号（第６条、第１３条の３関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表）

介護給付費（訓練等給付費　地域相談支援給付費　特定障害者特別給付費）支給変更申請書（届出書）兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

（宛先）小樽市長

私は、次のとおり変更の申請（届出）をし、市が負担上限月額を認定するために必要な事項について調査し、情報を得ることに同意します。また、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、障害支援区分認定調査の内容、医師意見書、市町村審査会による審査判定結果並びに意見及びサービス利用意向の内容を指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設の関係者に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | 個人番号 | | |  | | | | |
| 氏名 | | | 印  （自署の場合は不要） | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 居住地 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | 個人番号 | | |  | | | | |
| 支給申請に係る児童氏名 | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 続き柄 | | |  | | | | |
| 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 |  | |
| 被保険者等記号・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場合に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有・無 | |
| ※「被保険者等記号・番号」及び「保険者名及び番号」の欄は、療養介護を申請する場合に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 区分等　非該当　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 | サービスの種類及び量 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | 介護給付費 | | | | | | | 量 | | | 区分 | | 訓練等給付費 | | | | | | 量 |
| 訪問系・その他 | □居宅介護 | | | 身体介護中心 | | | | 時間／月 | | | 訪問系その他 | | □就労定着支援 | | | | | |  |
| 家事援助中心 | | | | 時間／月 | | | □自立生活援助 | | | | | |  |
| 通院等介助中心 | | | | 時間／月 | | | 日中活動系 | | □自立訓練（機能訓練） | | | | | | 日／月 |
| 通院等乗降介助 | | | | 回／月 | | | □自立訓練（生活訓練） | | | | | | 日／月 |
| □重度訪問介護 | | | | | | | 時間／月 | | | □宿泊型自立訓練 | | | | | | 日／月 |
| □同行援護 | | | | | | | 時間／月 | | | □就労移行支援 | | | | | | 日／月 |
| □行動援護 | | | | | | | 時間／月 | | | □就労移行支援（養成施設） | | | | | | 日／月 |
| □短期入所 | | | | | | | 日／月 | | | □就労継続支援Ａ型 | | | | | | 日／月 |
| □重度障害者等包括支援 | | | | | | | 単位／月 | | | □就労継続支援Ｂ型 | | | | | | 日／月 |
| 日中活動系 | □療養介護 | | | | | | | 日／月 | | | 居住系 | | □共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）※ | | | | | | 日／月 |
| ※共同生活援助の申請に係る具体的内容  ・希望する事業所の種類  　□指定共同生活援助事業所  　□日中ｻｰﾋﾞｽ支援型指定共同生活援助事業所  　□外部ｻｰﾋﾞｽ利用型指定共同生活援助事業所  　　※上記の希望する事業所でｻﾃﾗｲﾄ型住居の利用意向の有無  　　　　□有  　　　　□無  ・介護の提供の希望  　□有（　　　　　時間／月）  　□無 | | | | | | |
| □生活介護 | | | | | | | 日／月 | | |
| 居住系 | □施設入所支援 | | | | | | | 日／月 | | |
| 地域相談支援 | □地域移行支援 | | | | | | | 日／月 | | |
| □地域定着支援 | | | | | | | 日／月 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害の主治医 | 障害の主治医の氏名 |  | | | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 | | | | |
| □障害の主治医がいない。 | | （障害の主治医がいない場合は、ここにレ点を付け、上の欄に医師の意見書を作成してもらうために受診する医療機関を記入してください。） | | | |
| ※　｢障害の主治医」の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）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。 | | | | | | |
| 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、いずれにも当てはまらない場合は記入しないでください。）  １　生活保護世帯  ２　市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入合計額が８０万円以下のもの  ３　市町村民税非課税世帯に属するものであって、上記２以外のもの  ４　市町村民税課税世帯（障害者（20歳未満の施設入所者（注）を除く。）：所得割16万円未満、障害児（20歳未満の施設入所を含む。）：所得割28万円未満）に属するもの  　※　「世帯」の範囲は、18歳以上（施設入所者（注）にあっては、20歳以上）の障害者については当該障害者及び同一の世帯に属するその配偶者、18歳未満（施設入所者（注）にあっては、20歳未満）の障害者については障害児、その保護者の住民基本台帳上の世帯員及び単身赴任等により別居している保護者です。 | | | | | |
| □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 医療型障害児施設又は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  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。 | | | | | |
| 〈 20歳以上の方 〉  １ 施設入所者（注）であること（年齢　　歳）  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（注）であること（年齢　　歳） | | |
| □Ⅳ　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  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。 | | | | | |
|  | □Ⅴ　生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置及び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。 | | | | | |

（裏）

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

（注）「施設入所者」は、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をいう。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書類提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下記の欄に記入） | | |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |