

記入例（表）

（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）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

土浦市福祉事務所長 様

1 申請書を提出する日
を記入してください。

2 次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年○○月○○日

フリガナ	ツチウラ タロウ	生年月日	○○年○○月○○日
氏名	土浦 太郎	個人番号	000000000000
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		続柄	
居住地	〒 300-8686 土浦市 大和町9-1	電話番号	029-826-1111
支給申請に係る 児童氏名	個人番号：		

2 申請者（サービスを利用される方が18歳以上であれば利用者、18歳未満は保護者）の氏名・フリガナ、個人番号（マイナンバー）、生年月日、居住地、電話番号を記入してください。

※利用者が18歳未満の場合は、利用されるお子様の氏名・フリガナ、個人番号（マイナンバー）、生年月日、続柄も記入してください。

身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	茨城県 0000	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（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）				有・無

3 お持ちの障害者手帳の番号を、難病の方は、疾病名に病名を記入してください。

障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	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（ ）	要介護 1 2 3 4 5

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

「療養介護」のサービスを利用している場合には、健康保険証の内容を記入してください。

就労継続支援A型またはB型のサービスを利用する方は、障害基礎年金1級の受給の有無を記載してください。

変更の理由	家族が就労等により不在のため、短期入所の利用日数を月7日から月10日に増やしたい。
-------	---

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費	月10日
	<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 checked="" type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
	<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）	
	日中活動系	<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	<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	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

4 現在、利用している障害福祉サービスについて、支援区分と利用中のサービスの内容を記入してください。

介護保険サービスを利用している方は、内容等を記入してください。

5 障害福祉サービスの支給量等を変更する理由を記入してください。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成する必要があるときは、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、土浦市から指定特定相談支援事業者、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。

申請者氏名 土浦 太郎

7 個人情報の提供のため、申請者の署名をお願いします。

6 利用を希望するサービスの該当する□に☑をつけてください。

申請に係る具体的内容には、サービスの支給量、グループホームの場合には種類等を記載してください。

裏面もあります。

記入例 (裏)

9 【主治医】
居宅介護などの介護給付費の申請を希望する場合にだけ、記載してください。

10 【負担上限月額に関する認定】
□に☑をつけ、1～3のいずれか該当する数字に○をつけてください。いずれにも該当しない場合には○をつけないでください。
★1の場合には生活保護受給証明書をつけてください。2および3については、障害福祉サービスを受ける日の属する月が、1月～6月の場合は昨年度、7月～12月の場合は今年度の市町村民税の課税・非課税の状況を選択してください。
★課税・非課税世帯については、配偶者も含めます。
20歳未満の施設入所者は保護者で判断します。
★以下Ⅱ～Ⅳの課税・非課税世帯についても同様に判断してください。

主治医 (※)	主治医の氏名	茨城 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒300-0000 土浦市 〇〇〇〇	電話番号	029-000-0000

(※) 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。）を申請する場合記入すること。

10

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。
(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。)

- 生活保護受給世帯
- 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のあてはまる方にも○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
- 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

11

II 医療型個別減免に関する認定
下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

(20歳以上の方)	(20歳未満の方)
1. 療養介護利用者であること(年令 才)	1. 療養介護利用者であること(年令 才)
2. 市町村民税非課税世帯の者	

12

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)
下記のいずれにもあてはまるため、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)	(20歳未満の方)
1. 施設入所者であること(年令 才)	1. 施設入所者であること(年令 才)
2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	

13

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
(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(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。

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。

14

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	土浦 太郎	申請者との関係	本人
住所	〒300-8686 土浦市 大和町9-1	電話番号	029-826-1111

★事実関係を確認できる書類を添付してください。
・生活保護受給世帯・・・生活保護の実施機関から生活保護受給証明書を交付を受けてください。
・市町村民税非課税・課税世帯・・・障害福祉サービスを受ける日の属する月が1月～6月の場合は昨年度、7月～12月までの場合は今年度の所得(課税)証明書及び課税(非課税)証明書(今年度の証明書であれば、昨年中の所得となります)。配偶者と別に住んでいる場合では、配偶者についても課税・非課税証明書が必要となります。Ⅱ・Ⅲの中で、20歳未満の場合には、保護者の課税・非課税証明書が必要となります。障害福祉サービスを受ける日の属する月が1月～6月の場合は一昨年の1月1日、7月～12月に申請される方は昨年の1月1日に、**土浦市に住民登録があり、所得の申告をされている場合、証明書の提出は必要ありません。**所得の申告をしていない場合には申告をしてください。

11

【II 医療型個別減免に関する認定】
「療養介護」のサービス利用者で、該当する場合には、□に☑をつけ、年齢を記入してください。

12

【III 施設入所者に対する特定障害者特別給付費に関する認定】
「施設入所支援」のサービス利用者で、該当する場合には、□に☑をつけ、年齢を記入してください。

13

【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に関する認定】
「共同生活援助」(グループホーム)のサービス利用者で、該当する場合には、□に☑をつけてください。家賃の額が分かる証明書を添付してください。

14

【申請書提出者】
提出者の該当する□に☑をつけてください。
申請書を提出した方の連絡先等を記入してください。電話番号を忘れずに記入してください。