

第10号様式（第7、第16条第2項、第22条関係）

**（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）  
支給決定変更申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**

（あて先）日野市長  
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								
身体障害者手帳番号						愛の手帳番号						精神障害者保健福祉手帳番号						疾病名		
※療養介護を申請する方		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						
現在の利用状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定		有・無（区分 有効期間）																
	介護保険関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等																		
	介護保険関係サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5															
変更する理由																				
変更日																				

申請するサービス種類（該当欄にレを入れてください）

申請するサービス種類	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					
申請するサービス種類	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	※共同生活援助について ①希望する事業所の種類 □介護サービス包括型 □外部サービス利用型 ②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供希望 □有 ・ □無								
		<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	<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）										
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型										
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型										
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）※										
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援											

同意欄	<p>本申請後、支給決定に必要な申請者及び申請者の属する世帯全員を対象に、市が保有する課税資料等や介護保険サービス利用状況等を市障害福祉課職員が、本申請に必要な事項に限り、照会や閲覧することに同意します。</p> <p>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な場合に限り、障害支援区分認定に係る認定調査や概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市審査会における審査判定結果や意見、医師意見書の全部又は一部を、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、指定一般相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者、又は障害児入所施設の関係人に提供することに同意します。</p>
	年 月 日 氏名 <span style="float:right;">㊟</span> （障害者本人の署名又は記名押印をしてください。）

申請する減免の種類	全員記入してください	<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。(所得区分にあてはまるものに○をつける。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市民税非課税世帯(※)に属する者(低所得) ※ 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 3. 市民税課税世帯(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 ※ 18歳以上の障害者(加齢児の場合を含み、施設に入所する20歳未満の者を除く。)の「世帯」の範囲は「障害者本人」又は「障害者本人及び同一世帯に属する配偶者」
	右に該当される方 →該当しない方は次へ	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 1. 療養介護利用者(年齢 歳) 2. 市民税非課税世帯の者
	施設入所者のみ →該当しない方は次へ	<input type="checkbox"/> III 施設入所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(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。 1. 施設入所者(年齢 歳)《介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)》 2. 生活保護、市民税非課税世帯の者
	共同生活援助利用者のみ →該当しない方は次へ	<input type="checkbox"/> 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) 生活保護世帯又は市民税非課税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。
	負担額見直しにより、生活保護の受給対象者にならない場合のみ	<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《( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置(施設入所者のみ申請可) )を申請します。 ※ 生活保護申請後、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。

※市が必要と判断した場合、市民税所管部署への照会や、金融機関に問い合わせる等必要な調査を行います。いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

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、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してください。

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		

----- 市記入欄(記入しないでください) -----

申請者の身元確認	1 個人番号カード	2 運転免許証	3 運転経歴証明書	4 障害者手帳	5 旅券	6 その他( )
申請者の個人番号確認	1 個人番号カード	2 通知カード	3 住民票の写し	4 住民基本台帳等の確認	5 その他( )	

申請された個人番号について、相違ないことを確認した。  申請書  添付書類  
 個人番号はシステムに格納し、本申請の個人番号は削除する。 実施者氏名: 実施年月日: 年 月 日