

□介護給付費 □訓練等給付費 □特定障害者特別給付費
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

川西市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ											生年月日	大・昭・平・令 年 月 日			
	氏 名															
	個人番号															
	居 住 地	〒										固定電話： 携帯電話：				
フリガナ												生年月日	平・令 年 月 日			
支給申請に係る児童氏名																
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「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

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	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	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	☐ 居 宅 介 護					
		☐ 重 度 訪 問 介 護					
		☐ 同 行 援 護					
		☐ 行 動 援 護					
		☐ 短 期 入 所					
	日中活動系	☐ 重度障害者等包括支援					
		☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）				
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）				
			☐ 宿泊型自立訓練				
			☐ 就 労 移 行 支 援				
			☐ 就労移行支援（養成施設）				
	☐ 就 労 継 続 支 援 A 型						
居 住 系	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型						
	☐ 共同生活援助（グループホーム）						
	☐ 施 設 入 所 支 援						

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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。 (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。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 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。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 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。

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		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		