

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			
	氏名							
	個人番号							
居住地	〒			電話番号				
係る児童申請に	ふりがな				生年月日			
	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	
医療保険の記号及び番号(※)			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。)								

※「医療保険の記号及び番号」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。

属同一世帯する者に	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		
	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								
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				申請に係る具体的な内容
		介護給付費		訓練等給付費		
訪問系・その他	□居宅介護	□就労定着支援				
	□重度訪問介護	□自立生活援助				
	□同行援助					
	□行動援助					
	□短期入所					
	□重度障害者等包括支援					
日中活動系	□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(養成施設)				
		□就労継続支援(A型)				
		□就労継続支援(B型)				
		□就労選択支援				
居住系	□施設入所支援	□共同生活援助(グループホーム)				
地域相談支援	□地域移行支援					
	□地域定着支援					

第14号様式（第10条・第17条の9関係）（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 以下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80万9千円以下のもの 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 以下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)		(20歳未満の方)	
	1 療養介護を利用する者（年齢　歳）		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に属する者			
<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） 以下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)		(20歳未満の方)		
1 施設入所者（年齢　歳）		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				
<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	