

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	年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
	居 住 地	〒 電話番号		
支給申請に係る児童	ふりがな		生年月日	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。）	有 ・ 無
---	-------

※「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		申請に係る具体的内容	
	訪問系・その他	介護給付費			訓練等給付費
		<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 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）					
<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援（A 型）					
<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援（B 型）					
<input type="checkbox"/> 就 労 選 択 支 援					
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）		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地 域 移 行 支 援				
	<input type="checkbox"/> 地 域 定 着 支 援				

第 1 4 号様式（第 1 0 条・第 1 7 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 8 0 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。	
	(2 0 歳以上の方) 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	(2 0 歳未満の方) 1 療養介護を利用する 者 (年齢 歳)
	<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。	
	(2 0 歳以上の方) 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	(2 0 歳未満の方) 1 施設入所者 (年齢 歳)
	<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		