

**介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費  
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) 枚方市福祉事務所長

申請日 年 月 日

障害福祉サービスについて次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日( 歳)	
	氏名				個人番号	
	居住地				電話	
	グループホーム入居前 又は施設入所前の住所				電話	
<b>児童氏名</b> <small>※利用者が18歳未満の場合のみ</small>	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日( 歳)
					個人番号	
身体障害者手帳	級	療育手帳	A・B1・B2		精神障害者保健福祉手帳	級
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			
代筆者名	申請者との関係		理由			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を変更申請する場合に記入し、被保険者証の写しを添付してください。

■サービスの利用意向について□に(レ)を記入してください

給付区分	サービスの種類	担当課処理欄(記入不要)
介護給付	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護	
	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他	
訓練等給付	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練・生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型)	
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> その他	
変更又は追加の理由及び変更の具体的内容		

■利用者負担上限月額、利用者負担額減額・免除等に関する変更を希望の場合は、以下も記入してください。  
利用者負担額減額・免除等の決定に当たり、住民登録資料、課税台帳等を閲覧することに同意します。  
(注) 利用者本人と配偶者【本人が18歳未満の場合(施設入所者は20歳未満)は、同じ世帯となっている人全員】  
について記入してください。

続柄	氏名	個人番号	生年月日	担当課処理欄
本人			年 月 日	非・均・所( )
			年 月 日	非・均・所( )
			年 月 日	非・均・所( )
			年 月 日	非・均・所( )
			年 月 日	非・均・所( )

※生活保護受給者については、生活保護の証明書を添付してください。

※担当課記入欄(記入しないでください。)

一般2・一般1・一般1(児)・低・生保	有・無	年 月 日	円
---------------------	-----	-------	---

※ 施設に入所されている方及びグループホームに入居されている方は、以下も記入してください。

■減免申請に関する内容

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 医療型個別減免に関する認定 下記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> 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> II 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） 下記のいずれにも当てはまるため、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> 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> IV 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）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。

■収入申告書(施設入所者の補足給付の算定に必要です。)

【利用者本人が20歳未満の場合は、主たる生計維持者の令和 年分の収入内訳を記載】

(1) 合計所得金額の状況(市民税算定の基礎となる所得)

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況(該当する項目に○をしてください。)

区分	種類	収入額
年金・手当等	障害基礎年金 1級・2級	円
	障害厚生年金( 級)	円
	障害共済年金( 級)	円
	老齢年金	円
	その他の年金( )	円
	特別障害者手当	円
	障害児福祉手当	円
	特別児童扶養手当	円
	その他の手当( )	円
工賃等収入		円
その他の収入( )		円

(3) 必要経費

種類	内容	金額
租 税		円
社会保険料		円

※ 上に記入した収入及び必要経費の内訳について、根拠となる資料を添付してください。

例) ●給与収入がある場合は、源泉徴収票(写) ●年金証書(写)又は振込通知書(写)

●手当の受給者証(写) ●税・社会保険料を納付している場合は、領収書又は口座引き落としの通帳(写) 等