

【市処理欄】	
調査	意見書

(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)
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

能代市長 様
次のとおり申請します。

(※1) 障害者の場合は本人、児童の場合はその保護者

申請年月日 年 月 日

申請者 (※1)	フリガナ		個人番号															
	氏 名		生年月日 (和歴)															歳 (申請日時点)
	居 住 地	〒	-														電話番号	
利用者が児童の場合	フリガナ		個人番号															
	児童氏名		生年月日 (和歴)															歳 (申請日時点)
	居 住 地	□申請者と同じ 〒	-														電話番号	□申請者と同じ
身体障害者手帳	番号 等級		号 級	療育手帳	番号 程度		号	精神障害者 保健福祉手帳	番号 等級		号 級							

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	□無 □有(1・2・3・4・5・6)有効期間: 年 月 日
		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・要支援認定	□無 □有(要支援1・2)(要介護1・2・3・4・5) 有効期間: 年 月 日
		利用中のサービスの種類と内容等	

変更の理由	
-------	--

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		利用(予定)事業所
		□居宅介護		□就労定着支援		
		□重度訪問介護		□自立生活援助		
		□同行援護				
		□行動援護				
		□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)		市受付印
		保険証の 記号・番号		□自立訓練(生活訓練)		
			□宿泊型自立訓練			
		保険者名・ 番号		□就労移行支援		
			□就労移行支援(養成施設)			
		□生活介護		□就労継続支援(A型)		
		□就労継続支援(B型)				
		障害基礎年金 1級受給 □有 □無				
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					

(裏)

主治医	障害支援区分の認定を要する支給申請（※）を行う場合は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。 （※） ☐ 介護給付のサービスを利用したい ☐ 共同生活援助（グループホーム）で介護サービスを利用したい ☐ 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。）に入院していて、地域移行支援のサービスを利用したい		
	主治医の氏名		医療機関名
	所在地	〒 - 電話番号	

認定調査	連絡先		☐ 申請者と同じ ☐ その他（氏名： 電話番号： ）	
	希望があれば記入してください。	場 所	☐ 自宅 ☐ とらいあんぐる ☐ その他（ ）	
		曜 日	☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土	
		時 間	☐ 午前 時 ☐ 午後 時 ※調査には、おおむね1時間かかります。	
その他連絡事項				

申請する減免の種類	該当する項目に☑してください。		
	対象者全員	☐ 1 負担上限月額に関する認定について、下記の区分の適用を申請します。 ☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市民税非課税世帯（※）に属する者 ※【療養介護】を利用する場合は、下記①②どちらかあてはまる方に☑してください。 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 ☐ ①80万円以下 ☐ ②80万円を超える ☐ 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	
		療養介護	☐ 2 医療型個別減免に関する認定について、下記に該当するため申請します。 ☐ 20歳未満 ☐ 20歳以上で、市民税非課税世帯の者
		施設入所支援	☐ 3 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（食費等軽減措置）について、下記に該当するため申請します。 ☐ 20歳未満 ☐ 20歳以上で、生活保護受給世帯または市民税非課税世帯の者
		共同生活援助	☐ 4 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）について、下記に該当するため申請します。 ☐ 生活保護受給世帯または市民税非課税世帯
			☐ 5 生活保護への移行予防措置に関する認定について、 （ ☐ 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。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（以下についてもご記入ください）		
フリガナ		申請者との続柄	
氏 名			
住 所	〒 - 電話番号		