

(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

西東京市長 殿

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	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	氏 名	個人番号:						
	居 住 地	〒						
	電話番号							
サービスを利用 する児童氏名	フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日			
	サービスを利用 する児童氏名	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(※)			

※「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		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 同 行 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)	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練 (生活訓練)	
		☐ 就 労 移 行 支 援		
		☐ 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) ※		

※共同生活援助 (グループホーム) のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類 (指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別) 及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かの他必要な事項 (サテライト型住居の利用意向等) を記載する。

主治医	主治医の 氏名		医療 機関名		受診科名	
	所在地	〒				
電話番号						

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費 (共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。) 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。

＜承諾書＞

本申請に伴い支給決定を行う場合及びその決定に伴い高額障害福祉サービス費の申請を行う場合、扶養義務者の確認、本人又は扶養義務者の収入又は課税状況、介護保険の利用状況等につき、障害福祉課において公簿により調査を行うことを承諾します。

また、サービス利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、西東京市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。

氏 名

※ 利用者ご本人が 18 歳以上の方はご本人名、18 歳未満の方はその保護者名をご記入ください。

＜給付・措置の申請＞

いずれも、申告書等の事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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 (※) ※療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者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. (障害者の場合：市所得割 16 万円未満、障害児の場合：市所得割 28 万円未満) の市町村民税課税世帯	
個別医療型減免	☐ 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 〈20 歳以上の方〉 1. 施設入所者であること (年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20 歳未満の方〉 1. 施設入所者であること (年令 才)
食費等の軽減措置 施設入所者の	☐ 特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 ※対象は、介護給付費の <u>入所施設</u> (障害者支援施設、特定旧法指定施設) ※施設入所者用の申告書が必要となります。 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 〈20 歳以上の方〉 1. 施設入所者であること (年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	
グループホーム 家賃軽減措置	☐ 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 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
移行予防措置 生活保護への	☐ 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 ※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。 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。	

■ 申請者本人以外の場合のみ下の欄に記入

フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所 (申請者と異なる場合記入)	〒		
	電話番号		