

介護給付費・訓練等給付費支給決定変更申請書

尾花沢市福祉事務所長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者証番号	
	居住地	〒		
			電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る障害児氏名		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
変更申請の事由	心身の状況の変化などの変更申請を行う原因となった事由			

変更を申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
		施設サービス	利用中の施設名等			
		介護保険	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			
		介護給付費・訓練等給付費	申請する支援の種類・内容			
	種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 児童デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	
		<input type="checkbox"/> 外出介護	<input type="checkbox"/> 障害者デイサービス	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		
	内容					

(裏面)

負担上限月額 の算定 の変更 に関する 事項	<input type="checkbox"/> <b>I 通常認定</b> (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 市民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> <b>II 個別認定</b> (次のいずれにも当てはまる場合) 1 グループホーム入居者、施設入所者(施設訓練等支援費の対象となる入所施設(身障療護、身障更生、身障授産、知的更生、知的授産)(20歳以上) 2 一定の資産を有していないこと ア 預貯金等の額が350万円以下であること イ 不動産を所有していない(親族等が現に居住する不動産を除く)
	<input type="checkbox"/> <b>III 生活保護への移行予防認定</b> (次のいずれかに当てはまる場合) 1 Iの2に該当する負担上限月額を適用した場合に生活保護を必要とするが、Iの1に該当する負担上限月額を適用すると生活保護を必要としないもの 2 Iの3に該当する負担上限月額を適用した場合に生活保護を必要とするが、Iの2に該当する負担上限月額を適用すると生活保護を必要としないもの
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることの認定 (次のいずれにも当てはまる場合) 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。

この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 上記の事実関係を確認できる書類(公簿等により確認することができるときは、省略することができます。)
- (2) 受給者証

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)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒  電話番号		