（表面）

介護給付費等支給決定（地域相談支援給付決定・利用者負担額減免等）変更申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	生 年 月 日		受 給 者 証 番 号			
	氏 名	年 月 日					
	居 住 地	〒 電話番号					
	フリガナ	生 年 月 日		続 柄			
	支給申請に係る児童氏名	年 月 日					
	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				
	被保険者証の記号番号	保険者名					

（注）「被保険者証の記号番号」欄及び「保険者名」欄は、療養介護を申請する場合のみ記載してください。

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	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	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			
サービス中の活動系	訪問系・その他	☐ 居宅介護	/					
		☐ 重度訪問介護						
		☐ 同行援護						
		☐ 行動援護						
		☐ 短期入所						
		☐ 重度障害者等包括支援						
居住系	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）					
		☐ 施設入所支援	☐ 宿泊型自立訓練					
		☐ 施設入所支援	☐ 就労移行支援					
		☐ 施設入所支援	☐ 就労移行支援（養成施設）					
		☐ 施設入所支援	☐ 就労継続支援（A型）					
		☐ 施設入所支援	☐ 就労継続支援（B型）					
		☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助（グループホーム）					

(裏面)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(注) 「主治医」欄は、介護給付費を申請する場合のみ記載してください。

申請する減免の種類	☐ I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 当てはまるものに○を付けてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。 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 4 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	
	☐ II 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（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 療養介護利用者（年齢 歳）
	☐ III 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（食費等軽減措置）に関する認定 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（食費等軽減措置）を申請します。	
	(20歳以上の方) 1 施設入所者（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 施設入所者（年齢 歳）
	☐ IV グループホーム入所者に対する特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）に関する認定 市民税非課税世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）を申請します。	
☐ V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）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 ☐ 特例補足給付）を申請します。		

(注)

- 1 いずれも事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 18歳（施設入所者にあつては、20歳）以上の障害者の世帯の範囲は、障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者です。
- 3 IIIの対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設又は特定旧法指定施設）です。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	-----		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		