(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・免除等申請書

汤	沢市長	様												
次のとおり申請します。						申請	年月日	令和	年	月	日			
申	フリ	ノガナ					個人番号	寻						
請	氏	名					生年月日	3		年	月	E]	
者	F (2 14)													
П	者 居住地 			電話番号										
フリガナ					個人番号									
支給申請に係る				生年月日 続柄						年	月	E	l	
<u>児 童 氏 名</u> 身体障害者 □			1	療育手帳				保健						
手帳番号				番	号		精 神 障 害 者 福 祉 手 帳 番	号			疾病名			
	障害基	礎年金 1	級の受給	うの有無	(就労	継続支援のサー	-ビスを申請	する者	に限る	。)	有	- #	#	
サ	7 章	2 45 40	障 害 区分 <i>0</i>	支 援 D認定	有・無	区分等 1 非該	2 3 4 5 当	6	有効 期間					
リービス利用	障害福祉 関係サービス 		利用中	利用中のサービスの種類と内容等										
用の	介護保険サービス		要介		?	・無 要介語	護度 要支援	į ()	・要介	·護 1	2 3	4	5	
状況			利用中	利用中のサービスの種類と内容等										
	Δ		·		サービ	: :スの種類								
申	区	月 分 ———————————————————————————————————		計費		訓絲	訓練等給付費			申請に係る具体的内容				
請	訪						* 寸 们 门 艮				N 0 25 14	ם.ניונים		
門	訪	口居	宅	介	護	•	定着支	援			-	H 311 31 12		
	訪問系		宝 訪		護 介 護	直	定 着 支 生 活 援	助				H 31. 3.0.		
_	訪問系・シ					自 立	定着支		-			H 31. 3.E.		
す	・その	□重□同□□行	度 訪 行 動	問 援 援	介 譲 護	を 回自 立 の就 労	定 着 支 生 活 援	助	-			431.1.0		
	-	□重 □同 □行 □重度	度 訪 行 動 障害者	問 援 援 等包持	介 護 護 支援	口自 立 口就 労	定着支生活援選択支	援	-	+ 同 生 汗 •				
する	・その	□重□同□行□重度□短	度 訪 行 動 障害者	問 援 援 等包持	介 護 護 舌 支援 所	□自 立 □ □ □ 立 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	定着支生活援選択支	援種)			援助(グル	レープホ・		
	・その他	□重□同□行□重度□□短□□療	度 行 動 障 期 養	問 援 援 等包持 入	介護護護援所護	□自 立 □就 労 症 □自立訓系	定着支生活援選択支	財援 (練) (練)	(ک	のサービ		レープホー	o	
	・その他	□重□同□行□重度□短	度 訪 行 動 障害者	問 援 援 等包持	介 護 護 舌 支援 所	□自 立 □ □ □ 立 □ □ □ 立 訓 糸 ভ □ □ 回 立 訓 糸	定 着 支 生 活 援 東 (機能訓 東 (生活訓 ! 自 立 訓	財援 (練) (練) (練)	- しいで (す	のサービ には、希望 指定共同 <i>9</i>	援助 (グリ ごスを申請 望する事事 生活援助事	レープホ・ する者に き所の種! ミ業所・	類日	
る	・その他	□重□同□行□重度□□短□□療	度 行 動 障 期 養	問 援 援 等包持 入	介護護護援所護	□自 立	定 方 生 活 度 接 東 (乗 (車 </td <td>助 援 練) 練 援</td> <td>ム) いっ (‡ 中・</td> <td>のサービ ては、希望 指定共同 ² ナービス 3</td> <td>援助 (グリ ごみを申請 望する援 選生活援型指揮</td> <td>ループホープ する で で で で で で で で で で で で で で で で で で</td> <td>つ 類 日活</td>	助 援 練) 練 援	ム) いっ (‡ 中・	のサービ ては、希望 指定共同 ² ナービス 3	援助 (グリ ごみを申請 望する援 選生活援型指揮	ループホープ する で で で で で で で で で で で で で で で で で で	つ 類 日活	
る	・その他	□重□同□行□重度□□短□□療	度 行 動 障 期 養	問 援 援 等包持 入	介護護護援所護	□自 立	定 基 支 接 生 活 東 (機 東 (基 東 (基 京 (基 財 (基 大	助援 練練 接 競	ム) いっ (打 中世 援助	のサービ には、希望 指定共同な ナービス 功事業所	援助 (グリ ごスを申請 望する事事 生活援助事	レープホー プる者 で で で で で き 共 ス 利 に こ ス ス の ま で に る た に る た に る た に た る た に る た に る た に る た に る た に る た に る た ら る に る と ら と ら と ら と ら と る と の と の と の と の と の と の と の と の と の	つ類日活用	
る	・その他	□重□同□行□重度□□短□□療	度 行 動 障 期 養	問 援 援 等包持 入	介護護護援所護	□自 立	定生選 (() () () () () () () () ()	助援 練) 練機 設 型	ム) (対 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	のサーチのサーチをは、大田のサーチをは、大田のは、大田ののでは、大田のでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田のでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田ののでは、大田のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日	援助 (グ語・ ジャン では できる 援型 部 助 をる 援型 部 助 をる 援型 部 助 は できませつ	レープ者の種類では、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、一大学のでは、	つ類日活用)介	
る	・その他 日中活動系 訓練系・就労系	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度障別養活	問 援 接	介	□自 立	定生選 ((自 技	助援 練 練 接 設 型 型	ムい(中援型及 護 で を で を で を で を を を を を を を を を を を を	のは、大力をはない、大力をは、大力をはない。一番には、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力を	援が記せます。 だい でいま でいま はいま はいま でいま 活 援 外 援 つる まま ままま まま	レすぎる プ者の所に で で で で で で で が に で が に そ の の の の の の の の の の の の の の の の の の	つ類日活用)介す	
るサー	・その他 日中活動系 居住	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度 障	問 援 等 入 介 介 所	介 <	□自 立 一	定生選 (() () () () () () () () ()	助援 練 練 接 設 型 型	ムい、 (中 援 型 及 護 る <i>t</i>	のけ、共にでは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力を	援助 (グ語・ ジャン では できる 援型 部 助 をる 援型 部 助 をる 援型 部 助 は できませつ	レープホープを ででである。 では、 ででである。 でである。 でである。 ででは、 ででは、 ででは、 ででは、 ででは、 ででは、 できます。 できます。 できます。 できます。 できます。 できます。	つ類日活用)介すテ	
るサー	・その他 日中活動系 訓練系・就労系	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度障別養活	問	介	□自 立 労 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	定生選 ((自 技	助援 練 練 接 設 型 型	ム) (すり 中援型が 及び るたっ	のけ、共にでは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力をは、大力を	援助 では がいます ままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま	レープホープを ででである。 では、 ででである。 でである。 でである。 ででは、 ででは、 ででは、 ででは、 ででは、 ででは、 できます。 できます。 できます。 できます。 できます。 できます。	つ類日活用)介すテ	

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、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、湯沢市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

王治	主治医の氏名	医療機	関名							
王治医		〒								
$\widehat{\mathbb{X}}$) 所在地									
\odot	/// IZ ~2		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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する									
	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で									
	含む。)に入り	完している者に限る。) を申請する場合記入で	けること。							
	□ I 負:	坦上限月額に関する認定								
	下記の区分の適用を申請します。									
	(あてはまるものに〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)									
		(めてはよるものに)を ブロる。いりれにも当てはよらない場合は上側とりること。/								
	2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 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〇をつける。									
		1) 利用者本人の合計所得金額及び障害者基準	遊年金等の収入の合計額が 80 万9千円以下のも 							
	o o									
_	(② ①以外のもの								
申	3. ī	3. 市町村民税課税世帯(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								
請	□Ⅱ医	□ II 医療型個別減免に関する認定 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。								
す	下									
る	〈20歳以.	上の方〉	〈20歳未満の方〉							
	1. 療養:	介護利用者であること(年齢 歳)	1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)							
減	7.									
免		・ 昔(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等)								
の										
種	軽減措置)									
	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。 (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)									
類										
	〈20歳以.		〈20歳未満の方〉							
	1. 施設.	入所者であること(年齢 歳)	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								
	□ IV 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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請し ます。									
	□ V 生		補足給付の特例措置)に関する認定							
		おはないのでは、これでは、日本のでは								
		福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が								
114			TX C 6 / 6 / 0							
619	イレも、尹夫関イ	系を確認できる書類を添付して申請すること。								
申請書提出者 口申請者本人 口申請者本人以外(下の欄に記入)										
氏	. 名	申請者	者との関係							

電話番号

₹

所

住