様式第７号

（表面）

　　　（介護給付費・訓練等給付費・特例介護給付費・特例訓練等給付費・地域相談支援給付費・特例地域相談

　　　支援給付費・特定障害者特別給付費・特例特定障害者特別給付費・療養介護医療費・基準該当療養介護医

　　　療費）（地域生活支援事業費）（障害児通所給付費・特例障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費）

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

高知市長　　様

裏面の同意事項を確認の上，次のとおり申請します。　　　申請年月日　　　 　　年 　　月　 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 支給（給付）申請障害者（保護者）氏名 | （※）※自署しない場合は，記名押印をお願いします。 | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |  |  |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 支給申請に係る児童氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 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 |  |
| 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「保険者名及び番号」欄は，療養介護又は肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入すること。 |
| 主治医の氏名（※） |  | 医療機関名（※） |  |
| （※）　「主治医の氏名」欄及び「医療機関名」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を含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合に記入すること。 |
| 障害基礎年金の受給状況 | 受給していない ・ 受給している（等級を選択してください。→ １級 ・ ２級 ・ その他）  |
|  |
| サービスの利用状況 | 障害福祉関係サービス | 障害支援区分の認定 | 有・無 | 区分等（ 非該当　１　２　３　４　５　６ ） | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類及び内容等 |
| 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及び内容等 |
| 申請するサービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| 障害福祉サービス及び地域相談支援 | □　居宅介護 | □　就労継続支援（Ａ型） |  |
| □　重度訪問介護 | □　就労継続支援（Ｂ型） |
| □　同行援護 | □　就労定着支援 |
| □　行動援護 | □　自立生活援助 |
| □　短期入所 | □　共同生活援助（グループホーム） |
| □　重度障害者等包括支援 | □介護サービス包括型 |
| □　療養介護 | □日中サービス支援型　 |
| □　生活介護 | □外部サービス利用型　 |
| □　施設入所支援 | 介護の提供（□有　□無） |
| □　自立訓練（機能訓練） | 　□サテライト型 |
| □　自立訓練（生活訓練） |  |
| □　宿泊型自立訓練 | □　地域移行支援 |
| □　就労移行支援（□養成施設） | □　地域定着支援 |
| 障害児通所サービス | □　児童発達支援 | □　保育所等訪問支援 |  |
| □ 重心　□ 難聴児　□ 医療型 | □　多子軽減措置 |  |
| □　居宅訪問型児童発達支援 | 　□第２子該当　□第３子以降該当 |  |
| □　放課後等デイサービス |  |  |
| 地域生活支援事業 | □　移動支援事業 | □　訪問入浴事業 |  |
| □　日中一時支援事業 |  |  |
| □　独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設 |  |

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　す　る　減　免　の　種　類 | 所得区分認定 | □Ⅰ　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。（該当するものに○を付ける。いずれにも該当しない場合は，記入しないこと。）　　１　生活保護受給世帯２　特定中国残留邦人等に対する支援給付受給世帯　　３　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，⑴又は⑵の該当するものに○を付ける。**　　　⑴　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80万円以下の者　　　⑵　⑴以外の者４　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**※　18歳以上（入所施設利用者は，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。** |
| 医療型個別減免 | □Ⅱ　医療型個別減免に関する認定　　下記のいずれにも該当するため，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　市町村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） |
| 特定障害者特別給付費（食費等軽減措置） | □Ⅲ　施設（障害者支援施設）入所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（入所施設の食費等軽減措置）　下記のいずれにも該当するため，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（年齢　　歳）２　市町村民税非課税世帯の者又は生活保護受給世帯の者 | 〈20歳未満の方〉施設入所者（年齢　　歳） |
| 特定障害者特別給付費（家賃軽減措置） | □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該当するため，特定障害者特別給付費を申請します。 |
| 生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付への移行予防措置 | □Ⅴ　生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付への移行予防措置（定率負担減免措置，補足給付の特例措置）に関する認定　　　生活保護又は特定中国残留邦人等支援給付への移行予防措置（□定率負担減免措置，□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。 |

いずれも，事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

【同意事項】

■　介護給付費等の支給の申請・決定・利用及び利用者負担額の算定・決定に当たって，私及び私の「世帯」に関する住民基本台帳，「世帯」の課税状況等，特別障害者手当等の受給状況，生活保護受給の有無，特定中国残留邦人等支援給付受給の有無，多子軽減に係る通園・通所の状況，利用者の医師意見書の依頼・回収等を高知市長が各関係機関に照会し，確認することについて**同意します。**

■　サービス等利用計画又はサービス提供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，高知市介護給付費等の支給に関する審査会における審査判定結果・意見及び介護給付費等医師意見書の全部又は一部を高知市が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。**

■　医療型個別減免及び特定障害者特別給付費（食費等軽減措置）の申請をするに当たって，収入等申告書の記載内容について，高知市長が各関係機関に照会し，確認することについて**同意します。**

■　療養介護の支給決定を受けている場合は，国民健康保険標準負担額減額認定証又は国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証について，障がい福祉課が受け取り，その写しを利用事業所に提供することについて**同意します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □支給（給付）申請障害者（保護者）本人　　□その他（本人との関係：　　　　　　） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |

※　「支給（給付）申請障害者（保護者）本人」である場合は，記入は不要です。

※　「その他」で成年後見人等の代理権を有する者である場合は，代理権を確認できる資料が必要です。