

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

別府市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 **令和** 元 年 10 月 11 日

| | | | | |
|-----|-----------------|---|---------------|-------------------------|
| 申請者 | フリガナ | ベツフ タロウ | 生年月日 | 昭和 55 年 5 月 5 日 |
| | 氏名 | 別府 太郎 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 |
| | 居住地 | 〒 874 - 1111 電話番号 0977-21-1111 別府市〇〇町〇番〇号 | | |
| 2 | フリガナ | | 生年月日 | 平成 令和 年 月 日 |
| | 支給申請に係る児童氏名 | | 個人番号 | |
| | | | 続柄 | |
| 3 | 障害者手帳番号 | 大分県 第12345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(※) | 4 | 保険者名及び番号(※) | |

①障害福祉サービス受給者証の支給決定障害者等を記入します。

②サービスの利用者が18歳未満の場合、利用する児童の名前を記入します。

③手帳をお持ちの方は手帳の番号、難病の方は疾病名を記入します。

※「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、療養介護を申請する場合記入すること。

| | | | | | | | | |
|-----------|---|------------|-----------------|----------------------|------|----------------------|--------|----------------------------------|
| サービス利用の状況 | 5 | 障害福祉関係サービス | 障害支援区分の認定 | 有 無 | 区分 | 2 3 4 5 6 非該当 | 有効期間 | 令和7年10月1日~ 令和10年9月30日 |
| | | | 利用中のサービスの種類と内容等 | 居宅介護(身体介護5時間) | | | | |
| | | 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 | | | | | |

④療養介護の利用をする方は、健康保険証の番号等を記入します。

⑤申請日時点の障害福祉サービス、介護保険サービスの利用状況について記入します。

変更の理由 **6** **介護をしていた妻が入院したため**

⑥変更の理由を記入します。

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|---|
| 変更を申請するサービス | 区分 | 7 サービスの種類 | | 8 申請に係る具体的内容 |
| | 訪問系・その他 | 介護給付費 | 訓練等給付費 | 区分の必要な方はこちらにも記入をお願いします <input type="checkbox"/> 区分新規 <input type="checkbox"/> 区分更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 認定調査にかかる確認事項の添付 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | |
| | | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | |
| | | <input type="checkbox"/> 同行援助 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 行動援助 | | |
| | 日中活動系 | <input type="checkbox"/> 短期入所 | <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) | |
| | | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) | |
| | | <input type="checkbox"/> 療養介護 | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 | |
| | | <input type="checkbox"/> 生活介護 | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | |
| <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | | <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) | | |
| 居住系 | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 | 身体介護5時間→10時間 ※共同生活援助(グループホーム)を申請するものは以下を記入 <input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス利用型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 介護の提供希望(有・無) | |
| | <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)※ | <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 就労選択支援 | | |

⑦変更を申請するサービスにチェックを入れます。

⑧障害支援区分について変更等がある場合はチェックをいれてください。また、変更するサービスについて具体的に記入します。

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、別府市障害支援区分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、別府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

9 申請者氏名 **別府 太郎**

⑨同意する場合は記名・押印します。

