

（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

深川市長 様

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	個人番号：		年 月 日		
	居 住 地	〒 電話番号				
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る児童氏名	個人番号：	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	疾病名		
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)			
	障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。）					有 ・ 無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」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	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	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							

変更の理由	
-------	--

申請するサービス	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	
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	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）	
		☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練		
		☐ 就 労 移 行 支 援		
		☐ 就労移行支援（養成施設）		
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型		
居 住 系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型		
		☐ 共同生活援助（グループホーム）※		
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、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か否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。

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、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、深川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。

申請者氏名