第１１号様式(第２１条関係)

　(第1片　表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　療養介護医療費)  支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)長崎市福祉事務所長  　次のとおり申請します。  申請日　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 性別 | |  |
| 氏名 | | | （個人番号　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 男・女 | |
| 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  障害児氏名 | | | | （個人番号　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 続柄 | |  | | | | | | | 性別 | | 男・女 |
| 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(※) | | | | | |  | | | | | | | 保険者名及び保険者番号(※) | | | | | | | | |  | | | | |
| ※「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に記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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　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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更を申請するサービス | 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 | | | | | | | | | 【施設名】 | | | | | | |
| □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 | | | | | | | | |
| □就労継続支援B型 | | | | | | | | |
| 居住系 | □施設入所支援 | | | | | | | | | □共同生活援助(グループホーム) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、長崎市福祉事務所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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請する減免の種類 | □　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。  　　　　(当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)  　　　1　生活保護受給世帯  　　　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の当てはまる方にも○を付ける。  1. 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80万円以下のもの 2. ①以外のもの   　　　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 | | |
| □　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　療養介護利用者であること。（年齢　　歳）  　2　市町村民税非課税世帯の者 | 〈20歳未満の方〉  1　療養介護利用者であること。（年齢　　歳） |
| □　Ⅲ　施設入所者（注）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~~事~~費等軽  　　　　減措置)  　　　　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） | | |
| 〈20歳以上の方〉  　　　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 | 〈20歳未満の方〉  1　施設入所者であること。(年齢　　歳) | |
| □　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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 | |
| □　Ⅴ　生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定  　　　　生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置、□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。

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

　(第2片)

新規・更新・変更　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(障害支援区分認定関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス  受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査対象者 | 調査先住所  ※調査を実施する場所が申請書住所と異なる場合に記入してください。施設・病院等に入所入院中の方は点線の下の欄に記載し、病床の詳細がある場合には病棟名、階、号室まで記入をお願いします。 | 〒  電話番号 |
| 施設・病院名 |
| 認定を受けている各種の障害等等級(該当する項目に○印を付けてください。) | |
| 身体障害者等級 | 1・2・3・4・5・6級 |
| 身体障害の種類 | 視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他(　　　　　　) |
| 療育手帳の障害の程度 | A1・A2・B1・B2 |
| 精神保健福祉手帳等級 | 1・2・3級 |
| 前回の支援区分の結果等 | 障害支援区分　1・2・3・4・5・6 |
| 認定年月日　　　年　　月　　日 |
| 変更申請の理由 | ※新規・更新申請時は記入不要です。 |

　訪問調査の際、なるべくご家族等で利用者の状況がわかる方の同席をお願いいたします。同席いただける方の氏名、連絡先を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 同席者 | フリガナ  氏名　　　　　　　　　　　　対象者との関係(　　　　　)  住所  電話番号 |

※介護給付費を申請される方は以下を記入してください。

　障害支援区分認定を受ける方(本人)の主治医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入してください。※主治医がいない方は、長崎市福祉部障害福祉課へご相談ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名 |  | | |
| 診療科目 |  | 主治医 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 | | |