様式第８号（第５条関係）

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

美濃加茂市福祉事務所長　あて

次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

申請者	フリガナ 氏　名		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
	居住地	〒　－ 電話番号　－　－			
フリガナ 支給申請に係る児童氏名			生年月日	昭和 平成 令和	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	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１・２	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							

		サービスの種類		申請に係る具体的内容
	区分	介護給付費	訓練等給付費	
申請するサービス	訪問系・その他	□　居宅介護 □　重度訪問介護 □　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 □　生活介護	□　自立訓練（機能訓練） □　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）	
	地域相談支援	□　地域移行支援 □　地域定着支援		

（裏面）

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

（※）主治医の欄は、介護給付費を申請する場合記入すること。

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。
（あてはまるものに○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。）
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のあてはまる方にも○をつける。
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

下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

（２０歳以上の方）	（２０歳未満の方）
１．療養介護利用者であること （年令　　才） ２．市町村民税非課税世帯の者	１．療養介護利用者であること （年令　　才）

□　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（入所施設の食事等軽減措置）

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）

（２０歳以上の方）	（２０歳未満の方）
１．施設入所者であること （年令　　才） ２．市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	１．施設入所者であること （年令　　才）

□　Ⅳ　グループホーム等入居者（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（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。

（注）対象事業所は、共同生活援助（グループホーム）

□　Ⅴ　生活保護への移行予防措置（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。

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　　－　　－		