

□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

川西市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ						生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	氏名										
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	居住地	〒					固定電話： 携帯電話：				
	フリガナ						生年月日	平成 年 月 日			
	支給申請に係る児童氏名										
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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					
	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											

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	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
居住系		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	