

(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・免除等申請書

(あて先) 小松市長

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：			
	居 住 地	〒	電話番号		

申請者	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：			

保険者名		保険者番号		記号・番号		
障害基礎年金受給の有無		無 ・ 有 () 級				
障害種別		☐ 身体障害 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害 ☐ 児童 ☐ その他				
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	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				

申請するサービス	区分	サービスの種類と申請内容			□新規 □更新 □変更		
		介護給付費		訓練等給付費		内容・支給量等	
	訪問系・その他	☐ 居宅介護			☐ 介護無 ☐ 介護有		H/月
		☐ 重度訪問介護			H/月		
		☐ 同行援護			H/月		
		☐ 行動援護			H/月		
		☐ 短期入所	☐ 就労定着支援	短期： 日/月	就労： 日/月		
		☐ 重度障害者等包括支援	☐ 自立生活援助	重度： 日/月	自立： 日/月		
	日中活動系	☐ 生活介護			日/月		
			☐ 自立訓練(□機能 □生活)		日/月		
			☐ 宿泊型自立訓練		日/月		
			☐ 就労移行(□養成施設)		日/月		
		☐ 療養介護	☐ 就労継続(□A型 □B型)		日/月		
	居住系	☐ 共同生活援助(包括型)	☐ 共同生活援助(外部型)		支給期間		
		☐ 施設入所支援			～		
	相談支援	☐ 地域移行支援	計画相談支援(□新規 □継続) (事業所)		利用者負担		
☐ 地域定着支援		～					

- 1 利用者負担額の決定にあたり、利用者が 18 歳以上の方は本人及び配偶者、18 歳未満の方は住民登録上同じ世帯に属する方に係る収入調査をすること
- 2 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、小松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
- 3 市が、障害支援区分認定調査に基づき委託する事業者が、障害支援区分認定に関する調査をすること

以上について、同意します。

申請者氏名

