

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

(あて先) 千葉市長  
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 氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @		
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	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	障害程度 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	
-------	--

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"/> 児童デイサービス		
	<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"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
旧法施設支援	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮	