

資料1 - 4	H18.12.25
激変緩和措置等事業者説明会	
千葉市障害者自立支援課	

千葉市激変緩和措置対象者証


平成 年 月 日

〒260-0000
千葉市中央区

様

下記のとおり認定します。

フリガナ			
支給決定障害者 (保護者)氏名			
居 住 地	〒 -		
	電話番号 ()		
フリガナ		続 柄	
支給決定に係る 障害児氏名			
激変緩和前の 負担上限月額	円	激変緩和後の 負担上限月額	円
認 定 期 間	平成19年1月1日~平成 年 月 日		
障害福祉サービス 受給者証番号		地域生活支援給付 受給者証番号	

千葉市長 鶴岡 啓一 

1 問い合わせ先

千葉市中央区千葉港1番1号
千葉市保健福祉局 高齢障害部 障害者自立支援課 自立推進係
TEL 043-245-5228 FAX 043-245-5549

2 注意事項

この証は、激変緩和措置を受けるために必要なものです。サービス利用月に、利用しているサービス提供事業者へ必ず提示してください。

サービス提供証明書

(千葉県激変緩和措置)

平成 年 月 分

障害福祉サービス 受給者証番号	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
地域生活支援給付 受給者証番号	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
支給決定障害者等 氏名																				
支給決定に係る 障害児氏名																				
障害福祉サービス 指定事業所番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
請求 事業者	地域生活支援給付 登録事業所番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
事業者及び その事業所 の名称																				
印																				

下記の内容のとおりサービスを提供したことを証明します。

平成 年 月 日

利用者負担額 明細欄	サービス種類コード 及びサービス名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	請求における 利用者負担額(円)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	サービス種類コード 及びサービス名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	合計
	請求における 利用者負担額(円)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

千葉県激変緩和措置費助成申請書

【平成 年 月分】

(あて先) 千葉市長

平成 年 月 日

次のとおり助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ			
支給決定障害者(保護者)氏名			
居住地	〒 - 電話番号 ()		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名			
請求額	円		
	該当月分の領収書の合計額	<input type="text"/>	円
	激変緩和後の負担上限月額	<input type="text"/>	円
	・ が より大きい場合：	- = <input type="text"/>	円 (請求額)
	・ と が同じ場合：	- = <input type="text"/>	0 円
	助成額が0円のため、請求は不要です。		
	・ が より小さい場合：	- = <input type="text"/>	円
	該当月分の領収書の合計額が激変緩和後の負担上限月額を下回っているため、請求できません。		

申請書提出者	支給決定障害者等 (本人)	本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒 - 電話番号 ()		

この申請書に該当月分の領収書及びサービス提供証明書を添付してください。また、初回申請時のみ口座番号届出書も併せて添付してください。

請求額は、該当月分の領収書の合計額から、激変緩和後の負担上限月額(激変緩和措置対象者証に記載されています。)を除いた額を記入してください。

口座番号届出書

(あて先) 千葉市長

平成 年 月 日

次のとおり届け出ます。

フリガナ			
支給決定障害者(保護者)氏名			
居住地	〒 - 電話番号 ()		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名			

申請書提出者	支給決定障害者等(本人)	本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒 - 電話番号 ()		

振込先 (郵便局以外の金融機関の口座を記入してください。)	金融機関名	店舗名	種目	普通
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座番号(右詰めで記入)	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

口座名義人は、支給決定者の名義の普通口座に限ります。
初回申請時及び振込先を変更する場合に届け出てください。