

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・療養介護医療費支給変更申請書

水戸市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり申請します。

支給決定障害者等	フリガナ			生 年 日	年 月 日		
	氏 名	個人番号:		受給者証番号			
居住地	〒						
	電話番号 ()						
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生 年 日	年 月 日		
	氏 名	個人番号:		続柄			
身体障害者手帳等級・番号	第 級 号	療育手帳等級・番号	第 級 号	精神障害者保健福祉手帳等級・番号	第 級 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 (注1)			被保険者名及び番号 (注1)				

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, 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, 内容等					

変更の理由

変更を申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的な内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	就労定着支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	重度訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自立生活援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	同行援護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	行動援護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
日中活動系	短期入所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自立訓練 (機能訓練)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自立訓練 (生活訓練)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	就労移行支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
居住系	就労継続支援 (A型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	就労継続支援 (B型)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	施設入所支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
共同生活援助 (グループホーム)				
<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設				
地域相談支援	地域移行支援	<input type="checkbox"/>		
	地域定着支援	<input type="checkbox"/>		

主治医 (注2)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	電話番号	

注1 「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に記入すること。
 注2 「主治医」欄は、介護給付費若しくは訓練等給付費 (共同生活援助に係るものに限る。) を申請する場合又は精神科病院に入院している間に地域移行支援を申請する場合に記入すること。

世帯状況・収入等申告書

次のとおり申告します。

なお、支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、調査、照会又は閲覧することを承諾します。

1 申請者及び申請者の配偶者等の状況等について

	氏名	生年月日	申請者との関係	年度	市町村民税所得割額	生活保護受給中の場合は、 ○印を付けること。
				市町村民税課税・非課税の別		
申請者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
申請者の配偶者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	

2 障害者本人又は障害児の保護者の収入の状況について
(1に掲げた者全員が市町村民税非課税の場合のみ記入してください。)

収入の種類	収入額	添付書類 (該当する収入がある場合は、この書面と一緒に提出してください。)
地方税法上の合計所得金額 (給与所得、営業所得、農業所得、不動産所得等)	(合計所得金額がマイナスの場合は、0と記入してください。) 円	市町村民税課税証明書(年1月1日に水戸市に住民登録があり、申告をされている方は不要です)
障害年金等 (障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円	年金の振込通知書の写し、年金が振り込まれている通帳の写し等
特別児童扶養手当等 (特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当又は特別児童扶養手当)	円	手当の証書の写し等
合計	円	

3 障害者本人の収入等の状況について
(特定障害者特別給付費(補足給付)を申請する場合のみ記入してください。なお、特定障害者特別給付費(補足給付)の対象となるのは20歳以上の施設入所者のみです。)

区分		収入額	添付書類 (該当するものがある場合は、提出してください。)
収入	就労・年金等収入	工賃等収入	円 授産工賃等証明書
		年金収入	円 収入額を証明するもの
		雇用保険による失業等給付、健康保険の傷病手当	円 給付額等を証明するもの
		その他()	円 収入額を証明するもの
	その他の収入	仕送り収入	円 収入額を証明するもの
		不動産等による家賃収入	円 収入額を証明するもの
		その他()	円 収入額を証明するもの
必要経費	租税	円 納税証明書又は領収書の写し	
	社会保険料	円 保険料納付証明書又は領収書の写し	
	家賃	円 家賃の額のわかる契約書・証明書等	

注1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付してください。

注2 書ききれない場合は、余白又は別紙に記入の上添付してください。

注3 不実の申告をした場合は、関係法令により処罰されることがあります。