

障害福祉サービス等 変更申請書
障害児通所給付決定

福山市長様

次のとおり申請します。

受給者証番号		障害福祉サービス等	0000	障害児通所給付費	0000	地域相談支援費	0000
届出年月日		年 月 日					
障がい種別		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病等 <input type="checkbox"/> 児童					
申請者※	ふりがな				個人番号		
	名 前	Ⓜ <small>自署又は記名押印してください。</small>			生年月日	年 月 日()歳	
	住 所	〒 -			電話番号		
ふりがな				個人番号			
支給決定に係る児童名前				生年月日	年 月 日()歳		
				学校名等			

※ 利用者が18歳未満の児童の場合は、「申請者」欄には保護者名を記入してください。

現在のサービス利用の状況	サービス種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 時間/月(1回当たり 時間) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 家事援助 時間/月(1回当たり 時間) <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助(身有・身無) 時間/月 <input type="checkbox"/> 日中一時支援(基本・生活・重心) 日/月 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 回/月 <input type="checkbox"/> 移動支援(身有・身無・行動援護) 時間/月 <input type="checkbox"/> 同行援護(基本・盲ろう) 時間/月 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(基本・難聴・重心) 日/月 <input type="checkbox"/> 行動援護 時間/月 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(基本・重心) 日/月 <input type="checkbox"/> 生活介護 日/月 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 日/月 <input type="checkbox"/> 短期入所 日/月 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 日/月 <input type="checkbox"/> 就労(移行支援・A型・B型) 日/月 <input type="checkbox"/> その他 日/月											
		<input type="checkbox"/> 身体介護 時間/月(1回当たり 時間) <input type="checkbox"/> 日中一時支援(基本・生活・重心) 日/月 <input type="checkbox"/> 家事援助 時間/月(1回当たり 時間) <input type="checkbox"/> 移動支援(身有・身無・行動援護) 時間/月 <input type="checkbox"/> 通院等介助(身有・身無) 時間/月 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(基本・難聴・重心) 日/月 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 回/月 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(基本・重心) 日/月 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 時間/月 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 日/月 <input type="checkbox"/> 同行援護(基本・盲ろう) 時間/月 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 日/月 <input type="checkbox"/> 行動援護 時間/月 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) 日/月 <input type="checkbox"/> 生活介護 日/月 体験型利用の有無(有・無) <input type="checkbox"/> 短期入所 日/月 <input type="checkbox"/> 就労(移行支援・A型・B型) 日/月 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> その他 日/月											
変更を申請するサービスの種類		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>希望する事業所の種類</td> <td>身体的な介護※利用の有無</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護サービス包括型</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>外部サービス利用型</td> <td>有(時間/月)・無</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>日中サービス支援型</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>サテライト型住居</td> <td></td> </tr> </table>		希望する事業所の種類	身体的な介護※利用の有無	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型	有・無	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	有(時間/月)・無	<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型		<input type="checkbox"/> サテライト型住居	
希望する事業所の種類	身体的な介護※利用の有無												
<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型	有・無												
<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	有(時間/月)・無												
<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型													
<input type="checkbox"/> サテライト型住居													
変更を申請する理由			<small>※サービス等利用計画等を未作成の方及び地域生活支援事業のみの変更申請の方は、週間スケジュールを添付すること。</small>										

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		申請者との関係	
	ふりがな			
	名 前			
居住地	〒 -		電話番号	

※障害福祉サービス等の種類変更等により、必要な場合に記入してください。

- 1 主治医（介護給付又は共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に記入してください。） 【受診のお願い 交付済み】

医療機関名		診療科名	科	主治医の名前	医師
所在地	〒 -				電話番号

※ 利用者が児童の場合又は地域生活支援事業のみの申請をする場合は、記入不要。

- 2 認定調査に係る連絡票（介護給付又は訓練等給付を申請する場合に記入してください。）

調査実施場所の希望	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地		住所又は病院・施設名 電話番号	利用者との関係
	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地以外			
日程調整をする人	ふりがな			
	名前			
	電話番号		できるだけ日中に連絡がとれる番号を記入してください。	
	備考		連絡のとれる時間帯などを記入してください。	

※ 利用者が児童の場合又は地域生活支援事業のみの申請をする場合は、記入不要。

- 3 障害年金の受給状況等(就労継続支援のサービスを申請する者に限り記入要。)

障害基礎年金1級受給の有無	有 ・ 無
---------------	-------

- 4 課税状況等に係る個人情報の目的外利用の同意

私は、障害福祉サービス等の利用者負担額の認定のため、次のとおり私及び私の配偶者(利用者が児童の場合は児童が属する世帯全員)に係る個人情報の目的外利用に同意します。

市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
対象年度1月1日の住民票の住所	<input type="checkbox"/> 福山市内 <input type="checkbox"/> 福山市以外(転入年月日: 年 月 日) (※ 1/1~6/30までの間の申請については、前年の1/1現在の住民票の住所)

※ 課税状況等に係る個人情報の目的外利用について同意しない場合は、利用者負担額の認定のため市町村民税の課税(非課税)証明書(福山市役所の他課等へ原本を提出されている場合は写しでも可)の提出が必要です。

生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----------	---

- 5 多子軽減措置に関する認定

私は、福山市が保有する支給決定に係る児童と同一世帯の未就学児童の幼稚園等への入所等状況の目的外利用に同意します。(同意しない場合はこの一文を削除してください。)

区 分	要 件
<input type="checkbox"/> 第2子に該当する児童	支給決定に係る児童と同一世帯に、幼稚園等又は障害児通所支援に通う未就学の兄又は姉が1人いる場合
<input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する児童	支給決定に係る児童と同一世帯に、幼稚園等又は障害児通所支援に通う未就学の兄又は姉が2人以上いる場合

※同一世帯の市町村民税所得割額の合計額が77,100円以下の場合、就学児以上の子も含めて判定します。

※ 上記に該当する場合は、未就学の兄又は姉について記入してください。

私立の幼稚園に通っている場合は、通園証明書を添付すること。

名 前	
生 年 月 日	
幼稚園等の名称	