別記第6号様式(第8条関係)

(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

　豊島区長

　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| 続柄 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | 愛の手帳  番号 |  | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | |  | | | | | | | | | | | 疾病名 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号及び番号(※) | | | | | |  | | | | 保険者名及び番号(※) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援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」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 | | | | | | | | | |
| 変更申請するサ｜ビス | サ　ー　ビ　ス　の　種　類 | | | | | | | | | | 申請に係る具体的内容 | |
| 区分 | 介護給付費 | | | | | 区分 | 訓練等給付費 | | |
| 訪問系  その他 | □居宅介護 | | | | | 訪問系その他 | □就労定着支援 | | |  | |
| □重度訪問介護 | | | | | □自立生活援助 | | |
| □同行援護 | | | | | 日中  活動系 | □自立訓練（機能訓練） | | |
| □行動援護 | | | | | □自立訓練（生活訓練） | | |
| □短期入所 | | | | | □宿泊型自立訓練 | | |
| □重度障害者等包括支援 | | | | | □就労移行支援 | | |
| 日中  活動系 | □療養介護 | | | | | □就労移行支援（養成施設） | | |
| □生活介護 | | | | | □就労継続支援Ａ型 | | |
| 居住系 | □施設入所支援 | | | | | □就労継続支援Ｂ型 | | |
|  | | | | | 居住系 | □共同生活援助（グループホーム） | | |
| 地域相談支援 | | | □地域移行支援 | | | | □地域定着支援 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  　　　電話番号 | | |