

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 ー 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		