

様式第 7 号（第 6 条関係）

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費支給変更申請書
兼利用者負担額減額・免除変更申請書

年 月 日

市川市長
次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			個人番号											
	氏 名			生年月日	年 月 日										
	居 住 地	〒 ー													
		電話番号													
フリガナ			個人番号												
申請に係る児童氏名			生年月日	年 月 日											
			続 柄												
身体障害者手帳番号			療育手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号			疾病名						
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					
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		区分等 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										申請に係る具体的内容 (変更理由・変更年月日・変更後の利用事業所・利用量等、詳細に記入)			
		介護給付費					訓練等給付費								
	訪問系・その他	☐ 居宅介護					☐ 就労定着支援					該当する項目に✓を入れてください。 ☐ 計画相談支援 ☐ セルフプラン			
		☐ 重度訪問介護					☐ 自立生活援助								
		☐ 同行援護													
		☐ 行動援護													
		☐ 短期入所													
		☐ 重度障害者等包括支援													
	日中活動系	☐ 療養介護					☐ 自立訓練(機能訓練)								
		☐ 生活介護					☐ 自立訓練(生活訓練)								
							☐ 宿泊型自立訓練								
							☐ 就労移行支援								
							☐ 就労移行支援(養成施設)								
							☐ 就労継続支援(A型)								
☐ 就労継続支援(B型)															
☐ 就労選択支援															
居住系	☐ 施設入所支援					☐ 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														

