

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

①

船橋市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	氏名	個人番号:					
	※個人番号(マイナンバー)は、初回申請時または個人番号が変更になった場合のみご記入ください。						
居住地	〒	-	電話番号		-	-	
	フリガナ		生年月日	平成 令和	年	月	日
支給申請に係る児童氏名		個人番号:	続柄				
利用者が18才未満の場合							

[同意欄]

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、船橋市障害者介護給付費等認定審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、船橋市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

[介護給付費申請の場合、意見書の記入を依頼する主治医の確認]

主治医の有無	有・無	受診状況	定期受診	有・無	(最近の受診日 /)
主治医	医療機関名	診療科名	医師名		
	所在地	〒	-	電話番号 - -	

[サービスを利用している場合]

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 非該当	有効期間	年 月 日まで
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	受給者番号	
申請する利用者負担額減免の理由							

[共同生活援助(グループホーム)契約家賃額証明] ※事業所記入欄(利用者のみ)

[申請に係る具体的内容]

共同生活援助契約家賃額証明		申請に係る具体的内容
契約サービス	<input type="checkbox"/> 共同生活住居 <input type="checkbox"/> 体験利用 <input type="checkbox"/> サテライト型(令和 年 月 日入居開始)	
サービス提供形態	<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型	
契約期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
家賃額(共益費、光熱費は除く)	円/月 (日割計算の場合 円/日)	
利用者との間で、共同生活援助の利用に係る賃貸契約を、上記のとおり締結していることを証明いたします。 令和 年 月 日 事業所名及び代表者名: 印 担当者及び連絡先: / - -		