

地域生活支援事業(移動支援・日中一時支援・生活サポート・訪問入浴サービス)
給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

石狩市長 加藤 龍幸 様

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					
	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		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		

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		区分	1	2	3	4	5	6	有効 期間	年	月	日	～	年	月	日
		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		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																
変更の理由																		
変更を申請するサービス	サービスの種類		申請に係る具体的内容															
	☐ 移動支援																	
	☐ 日中一時支援																	
	☐ 訪問入浴サービス																	
	☐ 生活サポート																	

※裏面もあります。

※障害福祉サービスの支給決定を受けている場合は、次の減免の欄の記載は不要です。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯（障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満）に属する者 ● 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。 ※事実関係を確認できる書類を添付してください。
-----------	--

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