

変更申請書の記入例

地域生活支援事業支給変更申請書 兼 負担上限額に関する変更申請書

申請年月日 令和●●年 ●月 ●●日

吹田市長 あて

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	キニュー レイスケ	生年月日	大正・昭和・平成・令和 ●年 1月 1日
	氏名	記入 例介		
	居住地	〒 564-8550 吹田市泉町1-3-40		
	フリガナ	電話番号	06-6384-****	
	支給申請に係る 児童氏名	生年月日	平成	
		続柄		
	身体障がい者 手帳番号	療育手帳 番号	精神障がい者保健 福祉手帳番号	第****号 疾病名

変更申請 する 状況	サ ー ビ ス	利用中のサービスの種類と内容等
	居宅サービス	利用中の施設名等
	施設サービス	利用中の施設名等
	介護保険	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

変更理由 **余暇活動の機会を増やしたいため**

変更申請する支援の種類・内容

種類	種類	内容
	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
種類等		月 10時間を20時間に変更(余暇活動に利用)

負担上限額に関する認定
 下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつけてください。)
 1. 生活保護受給世帯
 2. 市町村民税非課税世帯
 費用負担減額又は免除の申請
 下記にあてはまるため費用負担の減免の申請をします。(あてはまるものに○をつけてください。)
 1. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において生活保護への移行予防措置の認定を受けている。
 2. 災害その他市長が認める特別な事由()

なお、この申請に係る審査のため市職員が下記の申請者の属する世帯の課税内容・収入や障がい福祉サービスの負担上限額について調査すること及び調査による聴き取り内容等についてサービス利用契約を締結した指定事業者から求めがある場合にサービス提供に必要な範囲で情報提供することに同意します。

申請者氏名 **記入 例介**

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ	キニュー レイミ	申請者との関係	配偶者
氏名	記入 例美		
住所	〒 564-8550 吹田市泉町1-3-40		
	電話番号	06-6384-****	

申請書を提出する日にち、もしくは発送する日にちをご記入ください。

【対象者が18歳以上の場合】
本人の氏名・生年月日・居住地をご記入ください。
【対象者が児童(18歳未満)の場合】
保護者の氏名・生年月日・申請者との続柄をご記入ください。

【対象者が児童(18歳未満)の場合にのみ記入】
対象児の氏名・生年月日・保護者(申請者)との続柄をご記入ください。

該当の手帳を所持している場合は手帳の番号をご記入ください。

障害福祉サービスの利用がある場合、サービス名称や利用施設名称をご記入ください。

介護保険の認定を受けている場合は認定度合と利用している介護保険サービスのサービス名称や内容をご記入ください。

変更する理由をご記入ください。

申請するサービスの種類にチェックしてください。
内容については、希望する支給量(1か月あたり)をご記入ください。

変更するものがある場合、チェックボックスにチェックし、対象の番号にマルをしてください。

申請者の氏名をご記入ください。

申請書の提出者が申請者と異なる場合のみご記入ください。