様式第９号（第１０条関係）

堺市障害者日中一時支援支給量変更申請書

堺　市　長　殿

支給量の変更を申し込みたいので、堺市障害者日中一時支援事業実施要綱第１０条第１項の規定により、次のとおり申請します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合等は、所得の状況、短期入所に係る事項等について調査することに同意します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日（　　歳）
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日（　　歳）
支給申請に係る障害児氏名			個人番号	
			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
第　　号（　　級） （視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部）	第　　号 障害程度（ Ａ ・Ｂ１・Ｂ２・　　）	号 障害等級（１級・２級・３級）

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	
		□身体介護（月　　時間）　□家事援助（月　　時間）　□通院介助（月　　時間） □通院等の乗降介助（月　　回） □重度訪問介護（月　　時間）　□行動援護（月　　時間） □短期入所（月　　日）　□重度障害者包括支援（　　） □生活介護（施設名　　）　□自立訓練（施設名　　） □就労移行支援（施設名　　）　□就労継続支援（施設名　　） □グループホーム（名称　　） □入所施設（名称　　）　□通所施設（名称　　） □その他民間サービス・ボランティア等（　　）					
	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					

変更の理由		
申請する支援の内容	現在の利用日数（月　　日）	希望する利用日数（月　　日）
	利用施設	

負担上限月額	□　下記の区分の適用を申請します。 （当てはまる数字に〇を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。） １　生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯 ２　市町村民税非課税世帯に属する者

注意　１８歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者（同一の住民票に記載された者に限る。）とする。

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		