

介護給付等(臨時)支給変更申請書

帯広市長 米沢 則寿 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

障害者総合支援法第19条及び第22条により現在支給決定されている介護給付等について、障害者総合支援法第24条に基づき、一時的支給量の変更を次のとおり申請します。

年 月 日

1. 支給決定状況

受給者証番号		支給決定年月日	年 月 日
障害支援区分		支給決定期間	年 月 日 年 月 日

2. 支給決定基準対比

帯広市支給決定基準 (A)	申請者現状利用時間 (B)	比率 (B/A)
時間	時間	倍

3. 現サービス利用状況

申請サービス時間

介護給付 (月)				介護給付 (月)			
<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体介護	時間		<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体介護	時間	
	家事援助	時間			家事援助	時間	
	身体介護伴う・身体介護伴わない	通院介助	時間		身体介護伴う・身体介護伴わない	通院介助	時間
		乗降介助	回			乗降介助	回
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		時間		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		時間	
	移動加算	時間			移動加算	時間	
<input type="checkbox"/> 行動援護		時間		<input type="checkbox"/> 行動援護		時間	
<input type="checkbox"/> 同行援護		時間		<input type="checkbox"/> 同行援護		時間	
<input type="checkbox"/> 短期入所		日		<input type="checkbox"/> 短期入所		日	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			

4. 申請理由

※ 社会参加等が理由となる場合は、関係資料等を添付すること。

5. 申請期間

申請期間始期	年 月 日	申請期間終期	年 月 日
--------	-------	--------	-------

※ 申請する期間は一ヶ月を超えることは出来ません。