上乗せ支給（移行特例分）に係る申立書

　　　年　　月　　日

（あて先）八尾市福祉事務所長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立人 | 介護支援事業所　：  ケアマネージャー（プラン担当者）： | | | |
| 本人の情報 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 障害者手帳（等級） | 身体障害者手帳：　　　級　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  療育手帳：　Ａ　　Ｂ１　　Ｂ２  精神障害者保健福祉手帳：　　　級　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 要介護度 |  | 障がい区分 |  |
| 【65歳到達前の障がいサービス支給量】 | | | |

下記の理由により、上乗せ支給（移行特例分）に係る適用を受ける必要がありますので、次のとおり申立てます。

|  |
| --- |
| 【希望するサービス、時間数】※ 例：身体介護　10時間　など |

|  |
| --- |
| 【上乗せが必要な理由】  ※本人の病状、主治医の意見、家族の支援状況等を踏まえ、上乗せ支給（移行特例分）に係る適用を受ける必要性について詳細に記入してください。 |