

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。
--