

0	2	1	3	3	2	0	4										
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 支給申請書

玉野市長 様

申請年月日	令和 年 月 日
申請種別	新規 更新 変更

次のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、市長が私又は私の世帯員の収入状況の調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
	氏名 (※対象者が18歳未満の場合は保護者)	印		個人番号:				
	居住地	〒 -		電話番号	()			
	児童 の場合	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
		支給申請に係る児童氏名		性別	男・女	個人番号:		
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		疾病名 (難病の方のみご 記入ください)		

提出者	氏名			申請者 との関係		
	居住地	〒 -		電話番号	()	

認定調査連絡先	連絡者	申請者・連絡者 (氏名)	
連絡のつきやすい 時間帯	いつでも可・(: ~ :)		連絡先
立会人	無・有 (連絡者と 異なる場合 :)	氏名	続柄
		自宅	()
		携帯	()

認定調査を実施する場所	調査先	居住地・施設・その他 ()	
施設・病院等の場合	名称		連絡先
		〒 -	電話番号 ()

主治医	医療機関名		
所在地	〒 -	電話番号 ()	

※裏面もご記入ください。

- ①障害福祉サービス利用計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分判定にかかる調査内容や、審査会による判定結果、意見及び主治医意見書をサービス提供事業者や相談支援事業者等に写しを交付し、又は提示することに同意します。
- ②主治医意見書を記録した医師又は認定調査に従事した調査員に障害支援区分判定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。

----- <職員記入欄> -----

受付審査	申請入力	認定入力	認定調査委託先					備考
			課長	課長補佐	係長	係	担当者	
			事業所 コード					

支給決定・不支給決定してよろしいか

ID

市町村コード

申請番号

0 2 2

3 3 2 0 4

現在受けているサービスの利用状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	【区分等】 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期限	年 月 日～ 年 月 日
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険 サービス	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				

区分	サービスの種類		申請に係る 具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・ その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		
	<input type="checkbox"/> 短期入所		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
	/	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）	
		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）	
<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）			
居宅系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）	
地域 相談 支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	/	
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

障害支援区分・サービス変更理由（変更時のみ記入してください。）

（理由）