

介護給付費等支給申請書【障がい支援区分認定事務兼用】

(提出先)

区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請者	フリガナ			個人番号					
	氏名			受給者証番号					
	居住地	〒		生年月日	年 月 日				
フリガナ				個人番号					
支給申請に係る児童氏名				生年月日	年 月 日				
障がい支援区分の認定状況		区分 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
就労継続支援申請者のみ記入		障がい基礎年金1級の受給の有無		有・無					
療養介護申請者のみ記入(医療保険加入状況)		被保険者証記号番号		保険者名及び番号					
障がい福祉サービスの利用状況	介護給付費			訓練等給付費					
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)					
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<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"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援					
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)					
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅					
	<input type="checkbox"/> 短期入所	地域相談支援給付費							
	訓練等給付費			<input type="checkbox"/> 地域移行支援		<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型			計画相談支援給付費					
			<input type="checkbox"/> 計画相談支援						
介護保険の利用状況		要介護認定	有・無	要介護度	非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
		利用中のサービスの種類と内容等							
申請するサービス	区分認定が必要となるサービス (同行援護を除く)			区分認定が必要とならないサービス					
	介護給付費			訓練等給付費					
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)					
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<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"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援					
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)					
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅					
	<input type="checkbox"/> 短期入所	地域相談支援給付費							
	訓練等給付費			<input type="checkbox"/> 地域移行支援		<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型			計画相談支援給付費						
			<input type="checkbox"/> 計画相談支援						
支給量変更の希望の有無		無・有 (有の場合はサービス種別を記載:)							

主治医	主治医の氏名			医療機関名					
	所在地	〒		電話番号					

※ 本人が届け出る場合は記入不要です。

届出者※	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係
	氏名				
	居住地	〒		電話番号	

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者 서비스에等利用計画書の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画書の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画書作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____