

介護給付費等支給申請書【支給決定更新手続専用】

(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				
				電話番号					
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					
	居宅介護	同行援護	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)					
	身体介護	行動援護	宿泊型自立訓練	自立生活援助					
	家事援助	重度障がい者等包括支援	就労移行支援	就労移行支援(養成施設)					
	通院等介助	生活介護	通所 在宅	就労定着支援					
	通院等乗降介助	施設入所支援	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)					
	重度訪問介護	療養介護	通所 在宅	通所 在宅					
	短期入所	地域相談支援給付費							
	訓練等給付費			地域移行支援		地域定着支援			
	共同生活援助(グループホーム) 包括型 外部サービス利用型 サテライト型			計画相談支援給付費					
			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)			区分認定が必要とされないサービス					
	介護給付費			訓練等給付費					
	居宅介護	同行援護	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)					
	身体介護	行動援護	宿泊型自立訓練	自立生活援助					
	家事援助	重度障がい者等包括支援	就労移行支援	就労移行支援(養成施設)					
	通院等介助	生活介護	通所 在宅	就労定着支援					
	通院等乗降介助	施設入所支援	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)					
	重度訪問介護	療養介護	通所 在宅	通所 在宅					
	短期入所	地域相談支援給付費							
	訓練等給付費			地域移行支援		地域定着支援			
共同生活援助(グループホーム) 包括型 外部サービス利用型 サテライト型			計画相談支援給付費						
			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:)							

本人が届け出る場合は記入不要です。

届出者	フリガナ			代理人 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にサービス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 _____

申請の内容によっては、障がい支援区分の変更認定手続きが必要となる場合があります。
障がい支援区分の変更認定手続きが必要かどうかは、申請の内容等を確認したうえで、保健福祉センターで判断しますので、この申請書を提出していただく段階では以下の欄に記入していただく必要はありません。

申請に伴って障がい支援区分の変更認定手続きが必要となる場合の記載事項

主治医について

主治医がいる (主治医の氏名等を記入してください)

主治医の氏名		医療機関名	
所在地	〒		電話番号

主治医がない

医師意見書を記載した医師に障がい支援区分認定結果を提供することについての同意

私は、障がい支援区分の変更認定手続きに際して必要となる医師意見書を記載した医師からの求めがあれば、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 _____