

様式第1号(第2条、第9条、第12条、第16条関係)

(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
兼利用者負担額減額・免除等申請書兼計画相談支援給付費支給申請書

岸和田市福祉事務所長 様

(☐新規 ☐更新)

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											生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	氏 名												平成・令和 年 月 日		
		個人番号												性別：男・女	年齢： 歳
	居 住 地 (実際に住んでいる所)	〒 ー										電話番号 ()			
	上記住所:住民票と(同じ・異なる)										携帯 - -				
フリガナ												生年月日	平成 年 月 日		
支給申請に係る 障害児氏名 (18歳未満の障害児)													令和 年 月 日		
		個人番号										続柄		年齢： 歳	
身体障害者 手帳番号	(級) 次回審査年月： 年 月		療育手帳 番号		(A・B1・B2) 次回判定年月： 年 月					精神障害者 保健福祉手帳 番号	(級) 有効期限： 年 月 日				
その他障害者等であることを証する書類 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 診断書 (ICD-10有・難病) <input type="checkbox"/> その他 () /有効期限： 年 月 日															
被保険者の記号及び番号(※)								保険者名及び番号(※)							
障害基礎年金受給の有無(就労継続支援A型及びB型のサービス申請をする者に限る。)										1級 ・ 2級 ・ 未受給		基礎(1・2)・厚生・共済(1・2・3)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無		区分 1 2 3 4 5 6						有効期間	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	身体介護(共に行う家事有・無)/家事援助/通院等介助(身体有・無)(院内有・無)/通院等乗降介助/重度訪問介護/同行援護/行動援護/短期入所/生活介護/就労移行支援/就労継続支援(A型・B型)/自立訓練(機能・生活・宿泊型)/共同生活援助/施設入所支援/療養介護/就労定着支援/自立生活援助 計画相談/地域移行支援/地域定着支援												
		要介護状態区分	無(対象外・非該当) ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5					有効期間	年 月 日					
利用中のサービスの種類と内容等														
訪問介護/訪問看護/訪問入浴/訪問リハ/通所介護(デｲサｰビｽ)/通所リハ(デｲｸｱ)/ショートステイ/その他:														

申請するサービス	区分	介護給付費		訓練等給付費		申請に係る具体的内容	
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 身体介護 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		<div>【記入例】</div> <div>・通院等介助(A病院整形外科) 4時間/回×1回/週×4.5週=18時間/月</div> <div><input type="checkbox"/>身体介護:ともに行う家事希望</div> <div><input type="checkbox"/>通院等介助:院内介助希望 →院内介助申請書要</div> <div><input type="checkbox"/>重度訪問介護 計 時間/月 うち居宅介護分 時間 移動介護分 時間(加算: 時間)</div>		
		<input type="checkbox"/> 家事援助 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 自立生活援助				
		<input type="checkbox"/> 通院等介助 (時間/月)	<input type="checkbox"/> 就労選択支援				
		<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (回/月)					
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月)					
		<input type="checkbox"/> 同行援護 (時間/月)					
		<input type="checkbox"/> 行動援護 (時間/月)					
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
	訓練中系・生活・動就系	<input type="checkbox"/> 短期入所 (日/月)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) (日/月)		<div><input type="checkbox"/>共同生活援助事業所において、日中サービス支援型の利用希望</div> <div><input type="checkbox"/>共同生活援助事業所において、外部サービス(入浴、食事等の介護)の利用希望 (希望量 分/月)</div>		
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) (日/月)				
		<input type="checkbox"/> 生活介護 (日/月)	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練				
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (日/月)					
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)(日/月)					
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 (日/月)					
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 (日/月)						
居住系	<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					
<input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請(第1希望 第2希望 第3希望) <input type="checkbox"/> セルフプラン希望 <input type="checkbox"/> ﾌｴﾌﾞﾗﾝ(本体・利用票)							

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、岸和田市から指定(一般・特定・障害児)相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者又は指定障害者支援施設の関係人に提示すること、及び、指定(特定・障害児)相談支援事業者の関係人に受給者証の写しを交付することに同意します。

申請者氏名

