

障害福祉サービス等に関する申請書

(介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費)(障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費)(地域生活支援事業費)(計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給) 兼 利用者負担上限月額認定・減免等

加古川市長 様

次のとおり申請します。 ☐新規 ☐変更 ☐更新 申請年月日 年 月 日

フリガナ		個人番号											
申請者 (保護者)氏名		生年月日		大正 昭和 年 月 日 平成 令和									
居 住 地		〒_____ - _____ 電話番号 () - _____											
フリガナ		個人番号											
申請に係る児童氏名 ※18歳未満の場合のみ		生年月日		平成 令和 年 月 日									
		続 柄											
身体障害者 手帳番号	第 _____ 号 種 _____ 級	療育手帳 番 号	兵庫県第 _____ 号 _____ 判定	精神障害者保健 福祉手帳番号		兵庫県第 _____ 号 _____ 級							
疾病名				自立支援医療 (精神通院医療)		有 ・ 無							
医療機関名(※)					主治医の氏名(※)								
医療機関の所在地					最近の受診日		年 月 日						

(※)「医療機関名」及び「主治医の氏名」欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合に記入。児童の場合は記入不要。

サービス 利用状況	障害福祉 サービス等	障害支援 区分の認定	有・無	区分 (非該当・1・2・3・4・5・6)	有効 期間	年 月 日～ 年 月 日
	利用中のサービスの種類及び内容等（□ 下記にある、「申請するサービスの種類」の内容と同じ）					
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	非該当	要支援（ 1・2 ）
利用中のサービスの種類及び内容等						

申請するサービスの種類					申請に係る具体的内容	
障害福祉 サービス 及び地域 相談支援	☐ 居 宅 介 護	右記に記載	☐ 就労継続支援A型	障害基礎年金1級 受給(有・無)	☐ 家事援助 (時間/月)	
	☐ 重 度 訪 問 介 護	時間/月	☐ 就労継続支援B型		☐ 身体介護 (時間/月)	
	☐ 同 行 援 護	時間/月	☐ 就 労 選 択 支 援		☐ 通院等介助 (時間/月) →身体介護(有・無)	
	☐ 行 動 援 護	時間/月	☐ 就労移行支援(□養成施設)			☐ 通院等乗降介助 (回/月)
	☐ 短 期 入 所	日/月	☐ 就 労 定 着 支 援			
	☐ 重度障害者等包括支援	単位/月	☐ 自 立 生 活 援 助			
	☐ 療 養 介 護		☐ 共同生活援助(グループホーム)			
	☐ 生 活 介 護		☐ 介護サービス包括型 ☐ 日中サービス支援型 ☐ サテライト型 ☐ 外部サービス利用型 入浴、排せつ又は食事等の介護(□有 □無)			
	☐ 施 設 入 所 支 援		☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 自立訓練(機能訓練)		☐ 地 域 定 着 支 援			
障害児 通所支援	☐ 児 童 発 達 支 援	日/月	☐ 保育所等訪問支援	日/月		
	☐ 放課後等デイサービス	日/月	☐ 居宅訪問型児童発達支援	日/月		
地域生活 支援事業	☐ 移 動 支 援 →身体介護(有・無)	時間/月	☐ 日 中 一 時 支 援	日/月		
			☐ 訪 問 入 浴	回/月		

相談支援 事業所	事業所名	所在地
サービス等利用計画作成のために、障害福祉サービス等の受給者証等を市から上記の相談支援事業所（指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所）へ送付することに同意します。 ☐ （レ点でチェック）裏面につづく		

