

5

認定調査に関する記入欄

※利用者および立会者の双方から聞き取りを行うことが、正確な認定調査のために必要ですので、可能な限り家族や支援職員の立会いをお願いします。

調査立会者 氏名	利用者の関係
連絡先 <input type="checkbox"/> 申請者と同一	電話番号

希望があれば記入してください。

調査場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 日申請先 <input type="checkbox"/> 上記(調査立会者)以外	電話番号
調査曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (2か所以上チェックしてください。)	
調査開始時刻 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	調査には観望1時間程度かかります。平日の午前9時から午後4時までの間で、ご希望の時間を記入してください。

この欄は、新規に介護給付・訓練等給付のサービスを申請する場合や、障害支援区分の更新が必要な場合に記入が必要です。
記入が必要かどうかかわからない場合には、窓口で記入できるように準備したうえで、申請するときに職員に確認してください。

- N** 認定調査に同席できるご家族や支援者がいる場合に、その人のことについて記入してください。
- O** 認定調査の日時を決めるため、職員から連絡しますので、平日の日中に連絡がとれる人の連絡先を記入してください。
- P** 認定調査を行う場所や曜日、時間帯等について、希望がある場合には記入してください。

6

送付先に関する記入欄

※受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先へ送付されることを希望される場合は、送付先をご記入ください。

フリガナ	フリガナ	利用者の関係
氏名	住所	<input type="checkbox"/> 居住先 <input type="checkbox"/> その他
		電話番号

Q 受給者証等の区役所からの送付物について、申請者以外(**B**)欄で記入した居住地(以外)の宛先に送ってほしい場合に、記入してください。

7

記入者に関する記入欄

申請書を記入した人： 申請者本人 本人以外(以下についてもご記入ください。)

氏名	申請者との関係	電話番号
住所		

【裏面もご記入ください。】 (A4)

R 申請書を記入した人について、あてはまるものにチェックしてください。申請者本人が記入した場合には、氏名などは記入不要です。

かいごきゅうふ くんれんどうきゅうふ ちいきそうだんしえんきゅうふ ちいきせいかつしえんじぎょう
(介護給付・訓練等給付 地域相談支援給付 地域生活支援事業)
しょうがいふくし どうしきゅうしんせいしよ きにゅう てび
障害福祉サービス等支給申請書 記入の手引き

しょうがいふくし どうしきゅうしんせいしよ きにゅう てび
障害福祉サービス等を新規に申請する、利用しているサービスを更新する、利用しているサービスを変更する場合に、この申請書を記入する必要があります。
なお、新規に申請する場合には、まず区役所の窓口にご相談してから申請書を記入してください。

おもて めん 表 面

しんせいしゃとう かん する きにゅうらん
申請者等に関する記入欄
(1ページ)

しんけい かん きにゅうらん
申請するサービスに関する記入欄
(1ページ)

もうしたて どうい かん きにゅうらん
申立・同意に関する記入欄
(2ページ)

うら めん 裏 面

い しけんしよ かん きにゅうらん
医師意見書に関する記入欄
(2ページ)

にんていちょうさ かん きにゅうらん
認定調査に関する記入欄
(3ページ)

そうふさき かん きにゅうらん
送付先に関する記入欄
(3ページ)

きにゅうしゃ かん きにゅうらん
記入者に関する記入欄
(3ページ)

1

申請者等に関する記入欄

第1号様式
(介護給付・訓練等給付 地域相談支援給付 地域生活支援事業) 障害福祉サービス等支給申請書

新規申請 更新申請 変更申請

(申請先) 横浜市 区長

申請年月日 年 月 日

フリガナ 氏名	個人番号 生年月日 (和暦)	電話番号
居住地	フリガナ 児童の氏名	個人番号 生年月日 (和暦)
居住地	フリガナ 居住地	電話番号
身体障害者手帳番号	号	療育手帳番号
介護保険被保険者証の記号及び番号	号	健康保険被保険者証の記号及び番号
保護者名	氏名	氏名
障害基礎年金の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
障害支援区分の認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (区分等 1-2-3-4-5-6-6-6-6) 有効期間
障害福祉サービス (利用中のサービスの種類・内容等)	障害福祉サービス (利用中のサービスの種類・内容等)	
介護福祉サービス (利用中のサービスの種類・内容等)	介護福祉サービス (利用中のサービスの種類・内容等)	

- A 申請書を記入してください。
- B 申請者には、
 - サービスを利用する本人が18歳以上の場合
➔ 「本人」について記入してください。(記入後は D 欄へ)
 - サービスを利用する本人が18歳未満の場合
➔ 「保護者」の方について記入してください。(記入後は C 欄へ)
- C サービスを利用する本人が18歳未満の場合のみ、「本人」について記入してください。
- D 障害者手帳を持っている場合には、手帳をみながら番号を記入してください。
- E 療養介護または就労継続支援のサービスを申請する場合のみ、記入が必要です。
- F 申請日時点で、利用している障害福祉関係や介護保険のサービスについて、わかる範囲で記入してください。
- G 現在利用しているサービスを引き続き利用したい場合に、チェック(☑)してください。この欄にチェックした場合には、H・I 欄の記入は不要です。
- H 計画相談の利用を希望する場合にチェックしてください。
- I 新規にサービスを申請する場合や、現在利用しているサービスに追加や変更がある場合には、希望するサービスをチェックしてください。

2

申請するサービスに関する記入欄

①現在利用しているサービスを継続して利用したい以下の②-③の項目は選択不要です。

②計画相談支援給付を利用したい
 ③他のサービスを利用したい

訪問介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 療育訪問介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	<input type="checkbox"/> 入居サービス(高齢・高齢)
訪問看護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 自中一時支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(人型)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(物型)

利用したいサービスの名称や内容がわからない場合には、記入しなくても大丈夫です。窓口で職員に伝えてください。

3

申立・同意に関する記入欄

この申請書の記載事項に同意しないことを申し立てます。また、介護給付費等、地域相談支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に係る次のことについて説明を受け、同意します。

(1) 計画的な給付の決定及び給付の開始について同意します。

(2) 介護給付費等、地域相談支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に当たり、利用のあつせん、調整及び要請のための必要があるときは、支給決定又は給付決定に係る調査資料、在宅療養支援記録、障害支援区分及び障害種別、申請書記載及び調査関係資料及び障害支援区分決定記録等を指定されたサービス事業者等、指定事業者及び指定事業者を委託するサービス事業者等に提供することになります。

申請者 同意する() 同意しない()

- 3 申立・同意に関する記入欄
(参考) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
- 第9条について
自立支援給付を行う市町村等(横浜市)が、適正に給付を行うために必要な調査を行うための規定です。
- 第12条について
市町村等(横浜市)が負担上限月額(サービスの利用にかかる利用者負担額)等を判断するにあたって、障害者等、障害児の保護者等の資産や収入の状況を把握する必要があることから、官公署や銀行等の金融機関等に資料の提供等を求めることができることを規定したものです。

J

- J 申請者(B 欄に記載した人)の記名押印または自署が必要で、内容がわからない場合は説明を受けたことがない場合は、申請するときに窓口で職員に伝えてください。
 - 本人が署名した場合には、押印は不要です。
 - 本人以外が名前を記入した場合には、本人の押印が必要です。

4

医師意見書に関する記入欄

※この欄を病院で記入してもらう必要はありません。

障害支援区分の認定を要する支給申請を行う場合等(※)は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。別の「予備用」にあてはまる場合は、記入が必要です。

介護給付のサービスを利用したい
 共同生活援助(グループホーム)にて介護サービスを利用したい
 精神科病院(精神科病院以外の病院で精神障害が認められているものを含む。)に入院していて、地域移行支援のサービスを利用したい

主治医の氏名 医師機関名

〒 在 居 所 電話番号

意見書の送付先を選択してください。
 医療機関宛てに直接送付 申請者宛てに送付 入所中のグループホームに送付
 その他(以下に送付先の詳細を記入してください。)

宛 先 電話番号

住所

(参考) 介護給付のサービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、重度障害者等包括支援、療養介護、生活介護、施設入所支援のことです。
※ I 欄のこの範囲内にあるサービスです。

訪問介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 療育訪問介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援
訪問看護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 自中一時支援
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)
訪問入所	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(自立訓練)

- K ● あてはまるものがある場合
➔ あてはまるものにチェックをして、L と M 欄を記入してください。
- あてはまるものがない場合
➔ N 欄に進んでください。
- わからない場合
➔ 診察券等を用意したうえで、申請するときに窓口で職員に記入が必要かどうか確認してください。
- L 主治医のことについて記入してください。
- M 医師意見書の作成を依頼するための書類の送付先について選択・記入してください。
※医療機関に直接送付することを希望する場合には、事前に主治医に伝えておいてください。