

(表)
**(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

区役所受付印

(申請先) 横浜市 _____ 区長
次のとおり申請します。

(※1) 障害者の場合は利用者本人、児童の場合はその保護者を記入してください。

申請年月日

年 月 日

申請者 (※1)	フリガナ			個人番号										
	氏名			生年月日 (和暦)	年齢(申請日時点) 年 月 日 歳									
	居住地	〒 -		電話番号										
児童(利用者の場合が	フリガナ			個人番号										
	児童の氏名			生年月日 (和暦)	年齢(申請日時点) 年 月 日 歳									
	居住地	□ 申請者と同じ 〒 -		電話番号	□ 申請者と同じ									
身体障害者手帳番号	号	療育手帳番号	号	精神障害者保健福祉手帳番号	号									
療養介護のサービスを申請する場合は記入してください。 →			健康保険被保険者証の記号及び番号 保険者名											
就労継続支援のサービスを申請する場合は記入してください。 →			障害基礎年金1級の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無											

サービス利用状況	障害福祉関係サービス	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・非該当) 有効期間: (利用中のサービスの種類・内容等)									
		要介護認定 <input type="checkbox"/> 認定無 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) (利用中のサービスの種類・内容等)									

申請するサービス 申立・同意	<input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> ②計画相談支援給付を利用したい <input type="checkbox"/> ③次のサービスを利用したい												
	訪問系 ・その他	介護給付費			訓練等給付費				地域生活支援事業				
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助					<input type="checkbox"/> 入浴サービス (訪問・施設)			
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 行動援護					<input type="checkbox"/> 日中一時支援					
	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					<input type="checkbox"/> 移動支援(移動介護 ・通学通所支援)						
	日中 活動系	<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)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)					<input type="checkbox"/> 地域活動支援セン ター支援(デイ型)			
				<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 就労選択支援								
				<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)								
				<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)									
	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) (介護サービス(入浴、排せつ、食事等の介護等) <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない)									
<input type="checkbox"/> 地域移行支援		<input type="checkbox"/> 地域定着支援											
申請に係る 具体的な 内容													

この申請書の記載事項に間違い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をについて説明を受け、同意します。

- (1) 法第9条及び第12条の調査についての説明を受けました。
- (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、利用のあっせん、調整及び要請のため必要があるときは、支給決定又は給付決定に係る調査資料(在宅援助記録票、障害支援区分聴き取り票、医師意見書及び調査関係資料)及び障害支援区分認定結果を指定障害福祉サービス事業者等、指定相談支援事業者、登録事業者及び医師意見書を記載した医師等へ提供することに同意します。

申請者

(記名押印または自署)

印

医師意見書依頼先	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。 ※次のいずれかにあてはまる場合に、記入が必要です。			
	<input type="checkbox"/> 介護給付のサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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			
	医療機関名			
	所在地 (住所)	〒 -	電話番号	
	医師意見書の送付先を選択してください。			
	<input type="checkbox"/> 医療機関宛てに直接送付 <input type="checkbox"/> 申請者宛てに送付 <input type="checkbox"/> 入所中のグループホームに送付 <input type="checkbox"/> その他（以下に送付先の詳細を記入してください。）			
	宛名	電話番号		
	住所	〒 -		

認定調査について	※利用者と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	利用者との関係		
	連絡先	□ 申請者と同じ			
	連絡先	電話番号			
	日中の連絡先	□ 上記「調査立会者」と同じ			
		□ 上記「調査立会者」以外			
		連絡先名			
	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"/> 日中活動先 : 電話番号 <input type="checkbox"/> 上記以外 : 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か所以上にチェック印してください。)		
調査開始時間		<input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時	調査にはおおむね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。		

送付先	※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		利用者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他
	氏名))
住所	〒 -	電話番号		

記入者	申請書を記入した人： <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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			

<連絡事項等 記載欄>			
(個人番号の提供があった場合にチェック)			
申請者	番号	本人	代理人
児童			