

(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

金 武 町 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日		
	居住地	〒 電話番号				
	フリガナ		生年月日	平成	年 月 日	
	支給申請に係る 児 童 氏 名		続柄			
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金 1 級の受給の有無 (就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。)						有 ・ 無

※「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と内容等					
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・ 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	サービスの種類		申請に係る具体的な内容
		介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	新規・更新 (月切れ)
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練 (機能訓練)	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練 (生活訓練)	
		☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練		
		☐ 就 労 移 行 支 援		
		☐ 就労移行支援 (養成施設)		
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型		
	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型			
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共 同 生 活 援 助		
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

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は必要があるときは、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、金武町から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

印