

障害福祉サービス給付費・計画相談支援給付費・地域生活支援事業費 支給・変更申請書

(あて先) 泉佐野市福祉事務所長

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	個人番号										
	氏名	生年月日	年 月 日									
	居住地	〒										
フリガナ		個人番号										
支給申請に係る児童氏名		生年月日	年 月 日									
		続柄										

障害種別 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 自立支援医療 ☐ 難病障害支援区分 ☐ 区分無 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 有効期間 R 年 月 日

障害福祉サービス利用状況	介護給付費				訓練等給付費			
	☐ 居宅介護	☐ 短期入所	☐ 就労継続支援(B型)	☐ 自立訓練(生活訓練)				
	☐ 身体介護	☐ 同行援護	☐ 就労継続支援(A型)	☐ 自立訓練(機能訓練)				
	☐ 家事援助	☐ 行動援護	☐ 就労移行支援	☐ 宿泊型自立訓練				
	☐ 通院等介助(身あり)	☐ 重度障害者等包括支援	☐ 就労移行支援(養成施設)	☐ 共同生活援助				
	☐ 通院等介助(身なし)	☐ 生活介護	☐ 就労定着支援	☐ 自立生活援助				
	☐ 通院等乗降介助	☐ 施設入所支援	☐ 就労選択支援					
	☐ 重度訪問介護	☐ 療養介護	地域相談支援給付費等(区分認定不要)					
	地域生活支援事業費				☐ 地域移行支援	☐ 地域定着支援		
	☐ 移動支援	☐ 日中一時支援	☐ 計画相談支援					
介護保険の利用状況	要介護認定 ☐ 未申請 ☐ 非該当 ☐ 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5							
	居宅サービスの利用内容							

申請するサービス	介護給付費				訓練等給付費			
	☐ 居宅介護	☐ 短期入所	☐ 就労継続支援(B型)	☐ 自立訓練(生活訓練)				
	☐ 身体介護	☐ 同行援護	☐ 就労継続支援(A型)	☐ 自立訓練(機能訓練)				
	☐ 家事援助	☐ 行動援護	☐ 就労移行支援	☐ 宿泊型自立訓練				
	☐ 通院等介助(身あり)	☐ 重度障害者等包括支援	☐ 就労移行支援(養成施設)	☐ 共同生活援助				
	☐ 通院等介助(身なし)	☐ 生活介護	☐ 就労定着支援	☐ 自立生活援助				
	☐ 通院等乗降介助	☐ 施設入所支援	地域相談支援給付費(区分認定不要)					
	☐ 重度訪問介護	☐ 療養介護	☐ 地域移行支援	☐ 地域定着支援				
	地域生活支援事業費				計画相談支援給付費			
	☐ 移動支援	☐ 日中一時支援	☐ 計画相談支援					

申請に係る具体的内容 ☐ 新規 ☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 追加 ☐ 区分認定 ☐ 区分変更

変更の理由

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒
電話番号		

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名	申請者との関係	☐ 家族 ☐ ()
住所	〒	
電話番号		

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判定資料、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、及び療育手帳の相談記録を、泉佐野市から基幹相談支援センター、指定特定・障害児相談支援事業者及び指定障害福祉サービス事業者の関係人に提示することに同意します。また、泉佐野市から指定特定・障害児相談支援事業者の関係人に障害福祉サービス受給者証等の写しを交付することに同意します。

申請者氏名

印

(申請者氏名については、記名押印または本人自筆の署名とする)