

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		電話(FAX)番号		
支給申請に係る児童氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日	続柄	
障害種別 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 難病						
障害福祉サービス利用状況	障害支援区分 <input type="checkbox"/> 区分無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		有効期間		H・R 年 月 日	
	介護給付費(区分認定必要)			訓練等給付費(区分認定不要)		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
	<input type="checkbox"/> 通院等介助(身あり)	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		
	<input type="checkbox"/> 通院等介助(身なし)	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	地域相談支援給付費(区分認定不要)			
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		
	地域生活支援事業費(区分認定不要)			計画相談支援給付費		
<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援		<input type="checkbox"/> 計画相談支援				
介護保険の利用状況	要介護認定 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/>		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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(区分認定必要)			訓練等給付費(区分認定不要)		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
	<input type="checkbox"/> 通院等介助(身あり)	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		
	<input type="checkbox"/> 通院等介助(身なし)	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	地域相談支援給付費(区分認定不要)			
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		
	地域生活支援事業費(区分認定不要)			計画相談支援給付費		
	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援		<input type="checkbox"/> 計画相談支援			
申請に係る具体的内容 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 区分認定 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)					
氏名	申請者との関係		<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ()			
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)