

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼届出書

(宛先) 東大阪市長

次のとおり(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)を申請します。

☐新規 ☐追加 ☐変更 ☐更新 ☐取消

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 もしくは 保護者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名				年 月 日		
	個人番号						
	居 住 地	〒 — —		日中連絡のとれる電話(Fax)番号 — —			
フリガナ				生年月日	年 月 日		
18歳未満の申請者氏名				個人番号		続柄	
身体障害者手帳番号				療育手帳番号			
精神保健福祉手帳番号				疾病名(難病の方)			
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。)							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	区分 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	年 月 日
		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						

変更の理由	
-------	--

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
<input type="checkbox"/> 同行援護				
<input type="checkbox"/> 行動援護				
<input type="checkbox"/> 短期入所				
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援				
日中活動系		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
居住系		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
		<input type="checkbox"/> 就労選択支援		
地域相談支援	地域系	<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)	連絡先事業所 電話番号: 担当者:
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 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、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、市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、また転入時は、転入前の市町村に照会することに同意します。

申請者氏名

受付者:

