

障害福祉サービス等
障害児通所給付費 支給申請書

施設入所・療養介護・グループホーム・医療型児童発達支援用

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

福山市長 様

次のとおり申請します。また、申請する障害福祉サービス等の給付要件の確認のため、福山市が保有する私に係る介護保険資格・給付情報及び介護保険認定情報の目的外利用に同意します。(同意しない場合はこの一文を削除してください。)

1 申請者 (利用者が18歳以上の場合は本人の名前を、18歳未満の場合は保護者名を記入してください。)

| | | | | | | | |
|--------|---------------------|------|----------|------|-----------|------|------|
| ふりがな | | | 個人番号 | | | | |
| 名前 | Ⓜ ※ 自署又は記名押印してください。 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | ()歳 |
| 住所 | 〒 - | | | | | | 電話番号 |
| 受給者証番号 | 障害福祉サービス等 | 0000 | 障害児通所給付費 | 0000 | 地域相談支援給付費 | 0000 | |

2 支給決定に係る児童 (利用者が18歳未満の児童の場合のみ児童名を記入してください。)

| | | | | | | | |
|------|--|--|------|---|---|---|------|
| ふりがな | | | 個人番号 | | | | |
| 名前 | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | ()歳 |
| | | | 学校名等 | | | | |

3 申請するサービスの種類 (サービスに✓印をし、必要事項を記入してください。)

| サービス種類及びサービス量 | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------|--------|---|---|
| 訓練等給付 | <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) | 日 | 介護給付 | <input type="checkbox"/> 療養介護 | 日 |
| | <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) | 日 | | <input type="checkbox"/> 生活介護 | 日 |
| | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | 日 | | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | 日 |
| | <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型) | 日 | 児童通所支援 | <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援(肢体・重心) | 日 |
| | <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) | 日 | その他 | | |
| | ※体験型利用の有無 (有・無) | | | | |
| | 希望する事業所の種類 | 身体介護※利用の有無 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 | 有・無 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 | 有(時間/月)・無 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 | | | | |
| <input type="checkbox"/> サテライト型同居 | | | | | |
| ※(入浴、排せつ又は食事等の介護) | | | | | |
| 申請に係る具体的内容 | | | | | |
| 希望する事業所・施設名: | | | | | |

(裏面につづく)

4 手帳等の所持状況等 (利用者の所持している手帳等に✓印をしてください。)

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|--------|---------------|-------------------|-------------------------------|--|
| 障がいの種類 及び程度 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 人工透析受療中) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※ 手帳がない場合は、次のいずれかで確認 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院) <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害年金等の受給証書 <input type="checkbox"/> 難病等 (<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 診断書) | | (記載内容) | | | | |
| | 手帳等の有効期限 (次回判定年月) | | 年 | 月 | 末 | <input type="checkbox"/> 定めない | |
| サービスの 利用状況 | 障害支援区分 | (区分) (認定有効期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| | 保健医療サービス | 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 | | |
| | | 非該当・未申請・申請中 | 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 介護保険サービス | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 障害基礎年金1級受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) | | | 有 ・ 無 | | | | |
| 加入保険 | 療養介護又は医療型児童発達支援の申請者 | 被保険者名 | 保険者番号 | | | | |
| | | 受給者の続柄 | 記号番号 | | | | |

※ 療養介護又は医療型児童発達支援を申請する場合は、加入保険について記入してください。

5 当該障がい者又は児童の置かれている環境 (※該当する場合、✓印をしてください。)

| 世帯の状況 | 名 前 | 個人番号 | 障がい児者※ | 要介護者※ | 幼児※ |
|--------|-----|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 本人 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 保護者 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 本人の配偶者 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 世帯員 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 世帯員 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 世帯員 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 主治医 (介護給付又は共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に記入してください。)

| | | | | |
|-------|------|---|--------|----|
| 医療機関名 | 診療科名 | 科 | 主治医の名前 | 医師 |
| 所在地 | 電話番号 | | | |

7 認定調査に係る連絡票 (介護給付又は訓練等給付を申請する場合に記入してください。)

| | | | | |
|---------------|------------------------------------|----------------------------|--|--|
| 調査実施 場所の希望 | <input type="checkbox"/> 住民票の所在地 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 住民票の所在地以外 | 住所又は病院・施設名 | | |
| 日程調整を する人 | ふりがな | 申請者との関係 | | |
| | 名 前 | | | |
| | 電話番号 | できるだけ日中に連絡がとれる番号を記入してください。 | | |
| 備考 | 連絡のとれる時間帯などを記入してください。 | | | |

8 申請書提出者 (✓印をしてください。申請者本人以外の者が提出する場合は、名前等を記入してください。)

| | | | | |
|--------|----------------------------------|------|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 | ふりがな | 申請者との関係 | |
| | | 名 前 | | |
| | | 住 所 | 〒 - | |
| 電話番号 | | | | |

※ 負担上限月額等認定申請書を添付すること。

セルフプラン又はケアプランで支給決定を希望される場合、セルフプラン又はケアプランの添付が必要です。

【 計画相談についての説明 済 】