

(表)

(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

新規・更新・
区分等変更

(宛先) 港区長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
	居住地	〒		電話番号			
申請提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外		氏 名	申請者との関係			
住 所	〒		電話番号				
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名			生年月日	年 月 日			
個人番号			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			
医療保険被保険者記号番号 (※)			保険者名及び保険者番号 (※)				
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							
※「医療保険被保険者記号番号」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に記入してください。							
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						
サービス利用の状況	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				申請に係る具体的内容	
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費			
		<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					
	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"/> 施 設 入 所 支 援		<input type="checkbox"/> 就 労 移 行 支 援 (養 成 施 設)				
			<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援 A 型				
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地 域 移 行 支 援		<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援 B 型				
	<input type="checkbox"/> 地 域 定 着 支 援		<input type="checkbox"/> 就 労 選 択 支 援				
				<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)			

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、港区障害支援区分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、港区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