

サービス等支給申請書

令和4年9月～改定

((介護・訓練等・地域相談支援・障害児通所・地域生活支援・計画相談支援・障害児相談支援・特定障害者特別)給付費、(療養介護・肢体不自由児通所)医療費)支給(変更)申請書 兼 利用者負担額減額等申請書

入間市長 様

次のとおり申請します。
申請にあたりサービス等利用計画又は個別支援計画若しくは障害児支援利用計画を作成するため必要があるときは、各サービスの利用に関する意向聴取の内容及び障害支援区分認定に係る認定・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、入間市からサービス事業所^{*1}及びその他関係機関の関係人に提示することに同意します。また、利用決定に必要な場合には、この申請に関する、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を入間市が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

①申請者										②利用者(児)氏名										
(18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人又は成年後見人)										(18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は本人)										
ふりがな										□同左	ふりがな									
氏名											氏名									
個人番号 マイナンバー											個人番号 マイナンバー									
生年月日					年 月 日						生年月日					年 月 日				
居住地											居住地									
電話番号					— —					電話番号					— —					
提出者 (代行者)					□申請者本人 □申請者本人以外(本人との関係:) (下の欄に記入)					③現在の利用状況 各サービスの利用状況を記入、又は障害サービス受給者証の添付をお願いします。										
										障害福祉サービス					受給者番号(10桁の末尾5桁)					
ふりがな										0 0 0 0 0										
家族等氏名 (事業者名称)										障害児通(入)所サービス					受給者番号(10桁の末尾5桁)					
										0 0 0 0 0										
居住地 (所在地)										介護保険					介護度					
電話番号					— —					□要支援(1 2) □要介護(1 2 3 4 5)										

●申請するサービス等の種類

④申請(変更)する理由及び具体的内容										□引き続き現在の支給内容どおり利用希望																			
(⑤-1)介護給付										(⑤-2)訓練等給付										□就労継続支援(A型・B型)									
区分 □なし →18歳以上の場合、障害支援区分の認定が必要の □あり 区分 (1 2 3 4 5 6) 有無 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日										□自立訓練(□機能訓練 □生活訓練) □就労移行支援 □共同生活援助										□宿泊型自立訓練 □就労定着支援 □自立生活援助									
□居宅介護(身体介護 ・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助)										(⑤-3)地域生活支援事業										(⑤-4)児童通所支援									
□重度訪問介護					□行動援護					□移動支援					□児童発達支援														
□同行援護					□生活介護					□日中一時支援					□医療型児童発達支援														
□短期入所					□施設入所支援					□障害者デイサービス					□放課後等デイサービス														
□療養介護					□重度障害者等包括支援					□訪問入浴					□居宅訪問型児童発達支援 □保育所等訪問支援														

※裏面の申請する減免等の種類にもチェックをお願いします。
施設入所支援 療養介護 就労継続支援B型を申請する方は、収入の状況も記入してください。

⑥相談支援 □計画相談支援 □障害児計画相談					相談支援事業所名									
地域相談支援 □地域移行支援 □地域定着支援														

●手帳の所持状況等

□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神保健福祉手帳 □難病 □自立支援医療 □診断書 □その他()									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

●⑦主治医(18歳以上の者が介護給付費の支給申請をする(障害支援区分の認定が必要となる)場合に記入)

主治医氏名					調査あり 立会希望なし	□提出者と別(右に記載)	ふりがな												
医療機関名							氏名												
所在地							居住地												
電話番号							— —					電話番号					— —		
認定に必要な調査は、平日の原則9時～17時に行います。					連絡可能な平日の時間 9時～17時の間					□いつでもよい □着信があれば折り返す □その他 (曜日、時間帯などの希望あれば記載ください)									

書き方について

① 申請者の欄を記入してください。

利用者が18歳未満の場合は、保護者。18歳以上の場合は本人または成年後見人の氏名等を記載してください。電話番号は、日中に連絡のとれる番号を記載してください。

② 利用者(児)氏名の欄を記入してください。

利用者が18歳未満の場合は「児童」の氏名等

利用者が18歳以上の場合は「本人」の氏名等を記載してください。

※申請者と同じ場合は、同左に✓を入れてください。

③ 現在のサービスの利用状況を記入してください。

障害福祉サービス、障害児通所サービスを利用されている場合は、現在の受給者証を添付していただくことで記入を省略できます。

受給者番号は、受給者証や決定通知書に記載のある、0から始まる10桁の数字です。

末尾5桁のみ記載ください。

介護保険を利用されている方は、現在のケアプランをご提出ください。また、介護保険の認定状況を確認するため、介護度の欄に✓を入れ該当する数字を○で囲んでください。

④ 申請する理由と具体的な内容を記載してください。

継続申請の場合で、希望するサービスに変更がないときは、

「□引き続き現在の支給内容どおり利用希望」に✓をいれてください。

新規の場合は、希望するサービス全てに✓を入れてください。

変更の場合は、変更するサービスに✓を入れたうえ、支給希望量(日数、時間)を④の具体的内容欄に記載してください。

(⑤-1)介護給付を希望される場合、障害支援区分の認定が必要です。

詳細は担当のケースワーカー等にお尋ねください。申請される方は、区分の有無に✓いれてください。

認定がある方は、該当する数字に○を付け、有効期間を記入してください。有効期間は、障害支援区分認定通知または受給者証に記載されています。

認定がない方及び有効期間の更新が必要な方は、⑦の主治医の氏名等についても記載してください。

⑥ 計画相談を利用する場合は、相談支援の計画相談の欄に✓を入れてください。

ただし、児童通所支援を希望される場合は、障害児計画相談に✓を入れてください。

相談支援事業所が決まっている場合は、事業所名を記載してください。

(新規で利用する場合は、届出書を提出してください。)

⑦ 主治医の氏名等を記載してください。

障害支援区分認定には、主治医意見書が必要となります。

日頃の状況を的確に把握するため、本人の状態を把握されているご家族等の立ち会いをお願いしています。調査への立ち会い可能な場合は、「あり」に✓を入れて下さい。

立ち会いの方と①の提出者が同じ場合は、提出者と同じに✓を入れて下さい。異なる場合は、氏名等を記入してください。

後日、調査員よりご連絡を致しますので、連絡可能な時間帯についてもご記入ください。