

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

須賀川市長

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		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号: []		
	居住地	〒	電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る障害児氏名	個人番号: []	続柄	
	身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	
	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

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

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 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		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				

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		<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
		<input type="checkbox"/> 同行援護		
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系		<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
		<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
施設系 居住支援系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
			<input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
談話支援 地域相		<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、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、須賀川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に同意します。

申請者氏名