（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
兼利用者負担額減免・免除等申請書

松原市福祉事務所長　殿
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
支給申請に係る児童氏名			続柄	
個人番号				

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	
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）						有　・　無	

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	サービスの種類（申請するものにチェックを付けてください。）				
	介護給付費		**訓練等給付費**		**申請に係る具体的内容**
	訪問系	**日中活動系 訓練系・就労系**	**日中活動系 訓練系・就労系**	**訪問系**	
	□居宅介護	□短期入所	□自立訓練（機能訓練）	□就労定着支援	
	□重度訪問介護	□療養介護	□自立訓練（生活訓練）	□自立生活援助	
	□同行援護	□生活介護	□宿泊型自立訓練		
	□行動援護		□就労移行支援	**居住系**	
	□重度障害者等包括支援	**居住系**	□就労移行支援（養成施設）	□共同生活援助（グループホーム）	
		□施設入所支援	□就労継続支援Ａ型		
			□就労継続支援Ｂ型		
	地域相談支援				
	□地域移行支援	□地域定着支援			

主治医（※）				
主治医の氏名		医療機関名		
所在地	〒 電話番号			

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合に記入すること。

裏面も御記入ください。

（裏）

【障害支援区分認定に係る同意書】

サービス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、松原市から指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。また、主治医意見書を記載する医師より、主治医意見書を作成するために必要があるときは、相談記録を主治医に提示することに同意します。

申請者氏名	

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	□申請者と同じ 〒 電話番号		