

障害福祉サービス支給等申請書										職員記入欄(記入不要)						
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 計画相談支援給付費・支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼収入等申告書										新規 変更 更新(月切れ)						
										【セ 計 併 額 区】						
										☐ セ 説明済						
八王子市福祉事務所長 様																
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	明治 大正	年	月	日	歳						
	氏 名	個人番号:														
	居住地	〒			電話番号											
支給申請に係る児童氏名	フリガナ				生年月日	令和 平成	年	月	日	歳						
	氏 名	個人番号:														
	障害等の種別		☐ 身体障害		☐ 知的障害		☐ 精神障害		☐ 難病		☐ 左記以外					
利用状況 サービス	介護保険		要介護認定 有・無			要支援 1 2 ・		要介護 1 2 3 4 5		申請に係る具体的内容 (利用事業所名・利用日数 利用開始日等)						
	利用中の障害福祉関係サービス又は介護保険サービスの種類と内容等															
	申請するサービス	区分	介護給付費			区分	訓練等給付費									
		訪問系・その他	☐ 居宅介護(ヘルパー)			その問 他系	☐ 自立生活援助									
			☐ 重度訪問介護				☐ 就労定着支援									
			☐ 同行援護			☐ 就労移行支援										
			☐ 行動援護			☐ 就労移行支援(養成施設)										
			☐ 短期入所			☐ 就労継続支援A型										
			☐ 重度障害者等包括支援			☐ 就労継続支援B型										
		日中活動系	☐ 生活介護			日中活動系	☐ 自立訓練(機能訓練)									
☐ 療養介護			☐ 自立訓練(生活訓練)													
居住系		☐ 施設入所支援			居住系	☐ 宿泊型自立訓練										
相談支援	☐ 計画相談支援			☐ 共同生活援助(グループホーム) 通過型・滞在型 地域移行型・サテライト型												
	☐ 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										
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、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、八王子市から指定特定相談支援事業者、指定児童相談支援事業者、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。 また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することを承諾します。																
申請者氏名 _____																

