

(介護給付・訓練等給付 地域相談支援給付 地域生活支援事業) 障害福祉サービス等支給申請書

□ 新規申請 □ 更新申請 □ 変更申請

区役所受付印



(申請先) 横浜市 _____ 区長

次のとおり申請します。

(※1) 障害者の場合は利用者本人、児童の場合はその保護者を記入してください。 申請年月日 年 月 日

Application form for applicant and child, including fields for name, address, phone number, and insurance information.

Table for service utilization status, including categories like '障害福祉関係サービス' and '介護保険サービス'.

Large table for selecting services to be continued or new services to be applied for, categorized by district and service type.

この申請書の記載事項に間違いのないことを申し立てます。また、介護給付費等、地域相談支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に係る次のことについて説明を受け、同意します。

(1) 法第9条及び第12条の調査についての説明を受けました。 (2) 介護給付費等、地域相談支援給付費及び地域生活支援サービス費の支給又は給付に当たり、利用のあっせん、調整及び要請のため必要があるときは、支給決定又は給付決定に係る調査資料... 申請者 (記名押印または自署) 印

【 裏面もご記入ください。 】

医師意見書依頼先	障害支援区分の認定を要する支給申請を行う場合等（※）は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。 ※次のいずれかにあてはまる場合に、記入が必要です。				
	<input type="checkbox"/> 介護給付のサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）にて介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 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。）に入院していて、地域移行支援のサービスを利用したい				
	主治医の氏名		医療機関名		
	所在地 (住所)	〒 -		電話番号	
	医師意見書の送付先を選択してください。 <input type="checkbox"/> 医療機関宛てに直接送付 <input type="checkbox"/> 申請者宛てに送付 <input type="checkbox"/> 入所中のグループホームに送付 <input type="checkbox"/> その他（以下に送付先の詳細を記入してください。）				
	宛名		電話番号		
	住所	〒 -			

認定調査について	※利用者と立会者の双方から聞き取りを行うことが、正確な認定調査のために必要ですので、可能な限り家族や支援職員の立会いをお願いします。					
	調査立会者	氏名		利用者との関係		
		連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号	
	日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」と同じ <input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」以外				
		連絡先名				
		電話番号				
希望があれば記入してください。	調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 日中活動先 : 電話番号 <input type="checkbox"/> 上記以外 : 電話番号				
	調査曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (2か所以上にチェック☑してください。)				
	調査開始時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時	調査にはおおむね1時間程度かかります。 平日の午前9時から午後4時までの間で、ご希望の時間を記入してください。			

送付先	※受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先へ送付されることを希望される場合は、送付先をご記入ください。			
	フリガナ		利用者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他
	氏名			() ()
住所	〒 -		電話番号	

記入者	申請書を記入した人： <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下についてもご記入ください。）			
	氏名		申請者との関係	電話番号
	住所			

<連絡事項等 記載欄>			
(個人番号の提供があった場合にチェック)			
	申請者	番号	本人
	児童		代理人