

（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

豊島区長

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
身体障害者 手帳番号				愛の手帳 番号				精神障害者保健 福祉手帳番号				難病 疾患名		
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援A・B型のサービスを申請する場合記入してください）												有・無		
被保険者証の記号及び番号（※）										保険者名及び番号（※）				

（※）「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してください。

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												
サービス利用の状況	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										申請に係る具体的内容
	区分	介護給付費			区分	訓練等給付費					
	訪問系 その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	訪問系		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	日中活動系					
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	その他		<input type="checkbox"/> 自立生活援助						
		<input type="checkbox"/> 同行援護			<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）						
		<input type="checkbox"/> 行動援護			<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）						
		<input type="checkbox"/> 短期入所			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練						
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			<input type="checkbox"/> 就労移行支援						
		<input type="checkbox"/> 療養介護			<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）						
	居住系	<input type="checkbox"/> 生活介護			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型						
<input type="checkbox"/> 施設入所支援				<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型							
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）						
					<input type="checkbox"/> 地域定着支援						

主治医氏名 （※）	診察科目（科）			医療機関名	
所在地	〒			電話番号	
最終受診日	年 月 日（日頃）		次回受診日	年 月 日（日頃）	

（※）主治医の欄は、介護給付費、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]を申請する場合記入してください。

申請書提出者	※申請者（本人）以外の方が提出する場合のみ記入してください。				
氏名				申請者との関係	
住所	〒			電話番号	

同意書（同意していただけるものにチェックを付けてください。）

- 今回の申請に伴う障害支援区分認定結果を主治医（医師意見書を作成した医師）に提示することに同意します。
- サービス等利用計画又は個別支援計画作成等のために必要があるときは、障害支援区分認定等に係る認定調査・概況調査の内容、豊島区障害認定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、豊島区から指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設の関係人及び区役所内の関係部署に情報提供することについて同意します。