

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 障害児通所給付費
 地域生活支援事業 計画相談支援給付費 障害児相談支援給付費
 地域相談支援給付費支給(変更)申請書兼 計画相談支援依頼(変更)届出書
 兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

受付日付印

知立市長 様
 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (18歳未満の場合は保護者氏名・18歳以上の場合は本人氏名)										障害児 (18歳未満の場合は児童氏名・18歳以上の場合は記入不要)									
マイナンバー										マイナンバー									
フリガナ										フリガナ									
氏名										氏名									
生年月日			年			月			日	生年月日			年			月			日
居住地	〒 電話番号 () -									居住地	〒 ※申請者と居住地が異なる場合のみ記入								

1 手帳等の所持状況

種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援(精神通院) <input type="checkbox"/> 診断書・意見書 <input type="checkbox"/> 難病
----	---

2 サービスの利用状況

障害福祉 児童通所	障害支援区分の認定										
	無・区分 1 2 3 4 5 6										
介護保険	要支援/要介護認定										
	無・要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5										

3 申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業所名

介護給付	訓練等給付	地域生活支援事業	相談支援
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体・家事・通院・通院乗降)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援
<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 地域定着支援
<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	児童通所支援	
<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	計画相談支援事業所名
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	
<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
申請(変更)の内容		(変更年月日 令和 年 月 日)	

申請にあたり、申請者及び申請者の属する世帯の世帯情報及び所得情報等について知立市が必要と認める場合には、各関係機関に調査及び照会・閲覧することについて同意します。

サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容、障害支援区分認定に係る調査内容、障害支援区分認定審査会における判定結果・意見及び医師意見書、通所支援の利用に関する意向調査の内容及び医師意見書、受給者証の写し等の全部又は一部を知立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、指定一般相談支援事業者又は指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設等の関係人及び医師意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

尚、支給決定につきましては、障害支援区分や利用意向聴取の結果、勘案事項、審査会の意見、サービス等利用計画案等を踏まえて行います。

申請者氏名 (自署又は記名押印)	印
---------------------	---

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 障害児通所給付費
 談支援給付費 障害児相談支援給付費
 (変更)申請書兼 計画相談支援依頼(変更)届出書
 等(変更)申請書

受付日付印

記入例

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (18歳未満の場合は保護者氏名・18歳以上の場合は本人氏名)				障害児 (18歳未満の場合は児童氏名・18歳以上の場合は記入不要)					
マイナンバー				マイナンバー					
フリガナ				フリガナ					
氏名				氏名	(続柄:)				
生年月日		年	月	日	生年月日		年	月	日
居住地	〒			居住地	〒				
	電話番号 () -				※申請者と居住地が異なる場合のみ記入				

1 手帳等の所持状況

種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援(精神通院) <input type="checkbox"/> 診断書・意見書 <input type="checkbox"/> 難病
----	---

2 サービスの利用状況

障害福祉 児童通所	障害支援区分の認定							
	無	区分 1	2	3	4	5	6	
介護保険	要支援/要介護認定							
	無	要支援 1	2	/	要介護 1	2	3	4

3 申請するサービス等の種類・計画を依頼する事業所名

介護給付	訓練等給付	地域生活支援事業
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体・家事・通院・通院乗降)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 移動支援
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<input type="checkbox"/> 日中一時支援
<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター
<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援
<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス
<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援
<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	

申請者の自署または
記名押印必須

申請(変更)の内容	(変更年月日 令和 年 月 日)
-----------	------------------

申請にあたり、申請者及び申請者の属する世帯の世帯情報及び所得情報等について知立市が必要と認める場合には、各関係機関に調査及び照会・閲覧することについて同意します。

サービス等利用計画、障害児支援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、サービス利用意向聴取の内容、障害支援区分認定に係る調査内容、障害支援区分認定審査会における判定結果・意見及び医師意見書、通所支援の利用に関する意向調査の内容及び医師意見書、受給者証の写し等の全部又は一部を知立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、指定一般相談支援事業者又は指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設等の関係人及び医師意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

尚、支給決定につきましては、障害支援区分や利用意向聴取の結果、勘案事項、審査会の意見、サービス等利用計画案等を踏まえて行います。

申請者氏名 (自署又は記名押印)	(印)
---------------------	-----