

(宛先)茅ヶ崎市長

申請者氏名 **茅ヶ崎 太郎**

次のとおり介護給付費・訓練等給付費の支給を申請します。

申請者	ふりがな氏名	ちがさき たろう 茅ヶ崎 太郎	生年月日	S31年1月1日
	居住地及び連絡先	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1 電話番号 0467-82-1111		
	個人番号	123456789012		
障害児	ふりがな氏名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
所持する手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他			
障害基礎年金1級の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	該当する項目にレ点を付けてください。		
健康保険被保険者証等の記号及び番号		保険者の名称		
介護給付費等及び地域相談支援給付費等の受給状況	障害支援区分の認定	<input checked="" type="checkbox"/> 有(5) <input type="checkbox"/> 無	有効期間	令和4年12月31日まで
	利用中のサービスの種類、内容、施設名、地域相談支援の種類等 施設入所支援、生活介護			
障害児通所支援又は指定入所支援の利用状況	利用中の通所支援の種類、入所施設名等			受給者証を見て記入してください。
介護保険	要介護等認定	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	要介護等状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()
	利用中のサービスの種類、内容等			
申請する障害福祉サービス等	種類			内容
	介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input checked="" type="checkbox"/> 生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所支援		施設入所支援 (各月日数) 「○△施設」 生活介護 (原則日数) 「○△事業所」
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助			
医療機関	主治医氏名			
	名称			
	所在地	→裏面に続く。		

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必要があるときは、障害支援区分の認定に係る認定調査及び概況調査の内容、障害福祉サービス等の利用に関する意向聴取の内容、茅ヶ崎市障害者介護給付費等支給審査会における審査判定結果並びに医師の意見書の全部又は一部を、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。

申請者氏名 **茅ヶ崎 太郎** ㊞

- 備考
- 1 本人が自筆で氏名を記入したときは、押印を省略することができます。
 - 2 「障害児」の欄は、申請者が障害児の保護者である場合に当該申請に係る障害児について記入してください。
 - 3 「障害基礎年金1級の受給」の欄は、就労継続支援(B型)に係る訓練等給付費又は特例訓練等給付費の支給決定に係る申請をする場合に記入してください。
 - 4 「健康保険被保険者証等の記号及び番号」の欄及び「保険者の名称」の欄は、療養介護に係る介護給付費又は特例介護給付費の支給決定に係る申請をする場合に記入してください。
 - 5 「介護給付費等及び地域相談支援給付費等の受給状況」の欄は、「有」の□にレ印を記入した場合は、()に障害支援区分を記入してください。
 - 6 「介護保険」の欄は、「要介護」又は「要支援」の□にレ印を記入した場合は、()に要介護状態区分又は要支援状態区分を記入してください。
 - 7 次に掲げる書類を添付してください。ただし、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略することができます。
 - (1) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の当該年度(4月から6月までに申請する場合にあっては、前年度分)の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。)の額を証する書類その他の負担上限月額(政令第17条に規定する負担上限月額をいう。)並びに療養介護に係る介護給付費又は特例介護給付費の支給決定に係る申請をしようする障害者にあつては、療養介護医療費に係る負担上限月額(政令第42条の4第1項に規定する負担上限月額をいう。)並びに法第70条第2項及び第71条第2項において準用する法第58条第3項第2号及び第3号の厚生労働大臣が定める額の算定のために必要な事項に関する書類
 - (2) 受給者証(現に支給決定を受けている場合に限る。)
 - (3) 医師の診断書(介護給付費及び特例介護給付費の支給決定に係る申請をする場合に限る。)