

記入例

福祉サービスを利用する方が18歳以上であれば利用者本人が申請者

地域
柏市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和3年12月15日

申請者	フリガナ	かしわ たろう	生年月日	明治 大正 昭和 平成	48年1月1日
	氏名	柏 太郎	個人番号	別紙のとおり	
	居住地	〒 277-8505 千葉県柏市柏五丁目10番1号		電話番号	04-7167-1136
支 児	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日	
	所持しているものに○をつける			続柄	
障害者手帳等 (該当するものに○)		身体障害者手帳 難病 (疾患名:)	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	精神通院 児童意見書
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
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者に限る。)					有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護、医療型児童発達支援を申請する場合記入。

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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間		
	介護保 険サ ー ビ ス	要介護認定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	要介護度		要支援		
利用中のサービスの種類と内容等		移動支援 日中一時 地域活動支援センター					福祉サービス受給者証に 記載がある内容を記入	

申 請 す る サ ー ビ ス	区分	サービスの種類		
		介護給付費	訓練等給付費	地域生活支援サービス給付費
障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介	<input type="checkbox"/> 訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介	<input type="checkbox"/> 訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 地域活動支援センター	
	<input type="checkbox"/> 同行援	<input type="checkbox"/> 訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援	
	<input type="checkbox"/> 行動援	<input type="checkbox"/> 支援	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	申請に係る 具体的 内容	
	<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"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
	<input type="checkbox"/> 生活介	<input type="checkbox"/> 支援		
児童通所	<input type="checkbox"/> 施設入所支	<input type="checkbox"/> 援助	移動支援 月24h 事業所名: ○○○○	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支	<input type="checkbox"/> プホーム)	地域活動支援センター 月10日 事業所名: ××××	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支	<input type="checkbox"/> サービス	日中一時 月10日 事業所名: △△△△	
相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支	<input type="checkbox"/> 支援		
	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

今回申請したい福祉サービスにチェックを付ける

地域生活支援サービスのみの利用の場合は、事業所名と利用日数を記入する

①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柏市から指定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。

②障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師等意見書の全部又は一部を、柏市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。

③地域生活支援サービス給付費の請求、受領に関する権限を次の3つの条件で当該サービスの提供事業者委任することに同意します。

- 1 受任者の同意
- 3 弁済の受領

上記の「申請者」に記載した氏名を記入

外の者に重ねて委任しない。

④障害支援区分認定調査委託事業者に提示することに同意します。

を柏市から柏市が委託する障害支

申請者氏名 柏 太郎