

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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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		
	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	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
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。)					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	区分等	1 2 3 <input type="checkbox"/> 4 5 6	有効期間	R4.1.1~R7.12.31
	介護保険サービス	要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護度		要支援	
利用中のサービスの種類と内容等		就労継続支援B型, 共同生活援助, 計画相談支援					
利用中のサービスの種類と内容等		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	障害福祉サービス	<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"/> 移動支援
		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<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"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 日中一時支援
		<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"/> 訪問入浴サービス
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input checked="" 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"/> 自立生活援助	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
児童通所	児童通所	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	申請に係る具体的内容
		<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	
		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		
相談支援	相談支援	<input checked="" type="checkbox"/> 計画相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	
		<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	

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。

申請者氏名 **柏 太郎**