様式第１号（第３条、第８条、第１２条、第２２条の４関係）

介護給付費・訓練等給付費支給申請書

申請日　　年　　月　　日

藤井寺市福祉事務所長　様

下記障害福祉サービス受給のため、関係書類を添えて申請いたします。なお、障害支援区分認定に係る調査内容や、医師意見書の全部又は一部について、関係者に提示すること及び過去の決定機関への情報提供を依頼することに同意いたします。

個人番号					
申請者	カナ		生年月日	年　月　日	年齢　歳
	氏名		電話番号		
居住地	〒　－		手帳	身体・療育・精神・難病　級	
支給申請に係る障害児	カナ		生年月日	年　月　日	年齢　歳
	氏名		続柄		個人番号

障害福祉サービス

現行	支援区分		期間	年　月　日から 年　月　日まで	負担上限月額		円		
					介護保険サービスの利用		有（　）・無		
申請内容	名目	新規・継続・変更・追加			開始希望日	年　月　日から			
	介護給付費		現行時間	申請時間	決定時間	訓練等給付費	現行時間	申請時間	決定時間
	居宅介護	□ 身体介護	時間	時間	時間	□ 自立訓練（機能訓練）	日	日	日
		□ 家事援助	時間	時間	時間	□ 自立訓練（生活訓練）	日	日	日
		通院等 □ 介助介護	時間	時間	時間	□ 宿泊型自立訓練	日	日	日
		□ 介助	時間	時間	時間	□ 就労選択支援	日	日	日
		□ 乗降介助	回	回	回	□ 就労移行支援	日	日	日
	□ 重度訪問介護		時間	時間	時間	□ 就労定着支援	日	日	日
	□ 同行援護		時間	時間	時間	□ 就労移行支援（養成施設）	日	日	日
	□ 行動援護		時間	時間	時間	□ 就労継続支援A型	日	日	日
	□ 短期入所		日	日	日	□ 就労継続支援B型	日	日	日
	□ 重度障害者等包括支援		単位	単位	単位	□ 地域移行支援	日	日	日
	□ 療養介護		日	日	日	□ 地域定着支援	日	日	日
	□ 生活介護		日	日	日	共同生活援助	日	日	日
	□ 施設入所支援		日	日	日	□ 事業所の種類	包括型・外部提供型		
						入浴、排せつ、食事等の介護	要・否	要・否	要・否
						受託居宅介護サービス	時間	時間	時間
	地域生活支援事業の利用状況	移動・日中・Ⅱ型				視力障害	有・無		

主治医(医師意見書依頼先)	
医療機関名	
所在地	
主治医氏名	
事業所名	

障害福祉サービスの具体的内容
使用目的、週の日数、一回あたりの時間など

＊市担当記入欄									
審査会日	年　月　日	決定	支援区分		有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	階層		
受付		【サービス変更／追加の場合】 現行サービスの支給決定期間：　年　月　日迄					金額		
□ セルフプラン □ 勘案	□ ケアプラン	計画相談事業所					□ 計画案等		
		モニタリング頻度							

様式第２号（第３条関係）

利用者負担額減額・免除申請書兼特定障害者特別給付費支給申請書

藤井寺市福祉事務所長　様

●利用者負担上限月額に関する認定について、次の区分の適用を申請します。

□　生活保護世帯　　□市民税非課税世帯　　□市民税課税世帯

●特定障害者特別給付費の申請について
・20歳未満の施設入所者又は20歳以上の施設入所者で、市民税非課税世帯の方
又は
・共同生活援助を利用する、市民税非課税世帯の方

□　申請します　　□申請しません

●医療型個別減免の申請について
・20歳未満の療養介護利用者又は20歳以上の療養介護利用者で、市民税非課税世帯の方

□　申請します　　□申請しません

上記申請についての支給額を決定をするために、市担当職員が私及び住民基本台帳上の同一世帯員の所得並びに世帯状況を調査することに同意いたします。

年　　月　　日

住所：

（申請者）氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	電話番号		