

支所コード 申請番号

←福祉事務所記入欄

登録番号

(介護給付費 訓練等給付費 療養介護医療費 地域生活支援事業 地域相談支援給付費 特例介護給付費等)

支給申請書 兼 障がい支援区分認定申請書

倉敷市長あて

申請年月日 令和 年 月 日
申請種別 新規・区分変更・更新(月末)・サービス変更

次のとおり申請します。

1. 申請者(対象者)について

申請者 フリガナ 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 個人番号 居住地 電話 () -

身体障がい者手帳 () 県・市 第 号 級 視覚・聴覚・肢体・内部・その他 ()
療育手帳 岡山県 第 号 A・B (重度・重・中・軽) 難病患者等 疾患名 ()
精神障がい者保健福祉手帳 岡山県 第 号 級 自立支援医療(精神通院) 無・有
介護保険の要介護認定 無・有 非該当・要支援 () ・要介護 () 障がい年金の受給 無・有 級
※療養介護を申請する方はこちらも記入してください
被保険者証の記号及び番号 保険者番号 保険者名称

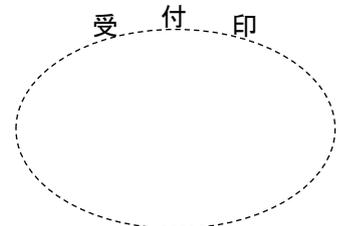
2. 障がい支援区分認定に係る必要事項(障がい支援区分認定が必要な場合のみ記入)

主治医 医療機関名 診療科名 科 主治医氏名 医師
所在地 電話 () -

訪問調査希望 連絡者 申請者 申請者以外(氏名) 続柄 連絡先 自宅等 () -
立会人 無・有(氏名) 続柄 携帯 () -
調査日程の連絡をしてほしい時間帯 いつでも可 ・ 時間を指定 (: ~ :)
調査実施場所 居住地・施設・病院 名称
福祉事務所(窓口)・その他 居住地以外の場合 所在地 電話 () -

備考 (調査時の留意事項・希望する調査時間帯など) ※福祉事務所記入欄
□在宅(居宅・GH) □入所(施設入所・療養介護)
□相談支援事業所 □ケアマネージャ □セルフプラン () ()
調査: □職員 () □心身協 □事業団 ()

申請書提出者 □申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入してください)
フリガナ 氏名 申請者との関係
居住地 〒 - 電話 () -



3. サービスの申請内容

(1)(2)のいずれかをご記入ください

(1)相談支援事業所にサービス等利用計画を作成してもらう方

サービス等利用計画のとおり、サービスを申請する。

記入内容は以上です

(2)セルフプランの方(相談支援事業所にサービス等利用計画を作成してもらわない方)

現在と同じサービスを申請する。
「4. セルフプランについて」へ

サービスを変更する。
(下の欄に変更するサービスを記入してください)

↓
変更するサービスのみ記入してください

サービス種別		希望する受給量	サービス種別	希望する受給量	
訪問系	<input type="checkbox"/> 身体介護 (介)	時間/月	日中活動系	<input type="checkbox"/> 生活介護 (介)	日/月
	<input type="checkbox"/> 家事援助 (介)	時間/月		<input type="checkbox"/> 自立訓練 (訓)	日/月
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (介)	時間/月		<input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 宿泊型	
	<input type="checkbox"/> 通院介助 (介)	時間/月		<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (訓)	日/月
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 (介)	回/月		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (訓)	日/月
	<input type="checkbox"/> 同行援護 (介)	時間/月		<input type="checkbox"/> A型 ⇒ 事業所名 () <input type="checkbox"/> B型	
	<input type="checkbox"/> 行動援護 (介)	時間/月		<input type="checkbox"/> 自立生活援助 (訓)	
	<input type="checkbox"/> 移動支援 (地)	時間/月		<input type="checkbox"/> 就労定着支援 (訓)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所 (介)	日/月		<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日中型・医療型) (地)	日/月
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (地)	回/月		<input type="checkbox"/> " (タイムケア型) (地)	日/月
外出系	<input type="checkbox"/> 療養介護 (介)		居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) (訓)	
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 (相)			<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 地域移行支援型ホーム	
	事業所名 ()			<input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型	
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援 (相)			<input type="checkbox"/> 本入居 <input type="checkbox"/> 体験入居 (下の備考欄に予定期間を記入してください)	
その他	事業所名 ()		<input type="checkbox"/> 施設入所支援 (介)		
	希望するサービスの内容および変更するサービスの内容				
備考					

(介) …介護給付費 (訓) …訓練等給付費 (地) …地域生活支援事業 (相) …地域相談支援給付費

4. セルフプランについて(相談支援事業所にサービス等利用計画を作成してもらわない方はご記入ください)

(1) 希望する生活や目標、取り組みたいことについて記入してください。

(2) 支援してほしい内容について、あてはまるものにチェックをしてください。

セルフプランについて	福祉サービスの利用に関すること (居住系)	福祉サービスの利用に関すること (日中活動系)
	<input type="checkbox"/> 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 外出するための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 外出先で代読・代筆してもらいたい <input type="checkbox"/> 困った時に相談にのってもらいたい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> デイサービスに通いたい <input type="checkbox"/> 自立に向けた訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 一般就労に向けた訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 作業所に通って賃金を得たい <input type="checkbox"/> 自分のペースで日中過ごしたい <input type="checkbox"/>