

認定調査日 月 日 時 分～

(介護給付費 訓練等給付費 特別障害者特別給付費 地域相談支援給付費)  
支給申請書兼利用者負担軽減額・免除等申請書

宇治市長 あて

次のとおり申請します。

また、申請者は、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、宇治市から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。

新規 変更 申請年月日 年 月 日

申請者：障害者（18歳以上）の場合は利用者本人、障害児（18歳未満）の場合は保護者氏名

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名 (記名押印又は署名)	Ⓜ		個人番号：				
	居住地	〒		(電話番号 - )				
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日			
		個人番号：						
身体障害者 手帳	有 無	療育手帳	有 無	精神障害者保健 福祉手帳	有 無	精神通院医療 受給者証	有 無	
介護保険 サービスの 利用等状況	有 無	認定の 状況	要介護（1・2・3・4・5） 要支援（1・2）					
		種 類	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	他（ ）		

申請するサービス

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	居宅介護	就労定着支援	/
	重度訪問介護	自立生活支援	
	同行援護		
	行動援護		
	短期入所		
	重度障害者等包括支援		
日中活動系	療養介護	自立訓練（機能訓練）	/
	生活介護	自立訓練（生活訓練）	
		宿泊型自立訓練	
		就労移行支援	
		就労継続支援（A型）	
		就労継続支援（B型）	
居住系	施設入所支援	共同生活援助(グループホーム)	/
地域相談支援	地域移行支援		/
	地域定着支援		

主治医（介護給付費又は地域移行支援（精神科病院(精神病室)入院者に限る）を申請する場合は記入。児童の場合は不要。）

主治医	医療機関名			医師名		
	所在地	〒		電話番号（ ）		

(裏面あり)

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外（下欄に記入）	
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		