

宇治市長 あて

次のとおり申請します。 ☐ 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	個人番号：					
	居住地	〒 (電話番号)					
フリガナ					生年月日	年 月 日	
支給申請に係る 障害児氏名		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状況		☐ 要介護（１・２・３・４・５） ☐ 要支援（１・２）			☐ 要介護認定を受けていない ☐ 受けた結果、非該当と認定		

1 申請するサービス （当てはまる□に✓を記入してください。）

障害福祉サービス		地域生活支援事業	申請にかかる 具体的内容	
☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	☐ 日中一時支援 身体障害児 知的・精神 障害児・者	利用開始日・時間数 利用する事業所など	
☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助			
☐ 同行援護	☐ 自立訓練（機能訓練）			
☐ 行動援護	☐ 自立訓練（生活訓練）	☐ 移動支援 車いすを常用の肢体障害児・者 知的・精神 障害児・者		
☐ 短期入所	☐ 宿泊型自立訓練			
☐ 重度障害者等 包括支援	☐ 就労移行支援			
☐ 療養介護	☐ 就労選択支援	☐ 地域活動支援センター		
☐ 生活介護	☐ 就労継続支援（A型）	☐ 訪問入浴（要別途書類）		
☐ 施設入所支援	☐ 就労継続支援（B型）			
☐ 共同生活援助	☐ 地域移行支援			
	☐ 地域定着支援			

☐ 計画相談支援 新規 ・ 変更 ・ 終了 (該当するものに○)	事業所名
	開始・変更・終了日： 変更・終了の理由：
☐ セルフプラン	

2 利用者負担上限月額認定のための同意、及び、サービス利用のための情報提供の同意

下記の市民税課税状況等について申告し、宇治市が確認することに同意します。
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。

(当てはまる口に✓を記入してください。)
※18 歳以上の方が利用者の場合は、本人および配偶者（なしの場合は空欄）、18 歳未満の方が利用者の場合は、申請者（保護者）および配偶者、並びに利用者の住民票上同一世帯 18 歳以上の方が世帯の範囲となります。

	氏名	生活保護の状況	同意内容
申請者	⑤ 個人番号：	☐ 受給	☐ 税額調査 ☐ 情報提供
配偶者	⑤ 個人番号	☐ 受給	☐ 税額調査
氏名	⑤ 個人番号	☐ 受給	☐ 税額調査
氏名	⑤ 個人番号	☐ 受給	☐ 税額調査

3 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		

4 受給者証送付先（記入がない場合はサービス利用者の住民票住所へ郵送します）

	☐ サービス利用者の住民票住所へ送付 ☐ 利用している計画相談支援事業所へ送付 ☐ 申請書提出者へ送付 ☐ その他（下欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
送付先宛名			
住所	〒 電話番号		

5 申請書提出者

	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		