

〔 障害児通所給付費・介護給付費・
障害児相談支援給付費支給申請書
兼変更申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 〕

(様式第1号)



稲城市長 様
次のとおり申請します。(太枠内記入必須)

申請年月日 年 月 日

(保 護 者 者)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	居住地	〒				
			電話番号			
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 愛の(療育)手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 発達障害、指定難病、自立支援医療など		

サービスの種類				申請に係る 具体的内容	
申 請 す る サ ー ビ ス	訪 問 系 ・ そ の 他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	日 中 活 動 系	申請・変更理由など	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			<input type="checkbox"/> 児童発達支援
		<input type="checkbox"/> 同行援護			<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援
		<input type="checkbox"/> 行動援護			<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス
		<input type="checkbox"/> 短期入所			<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	相 談 支 援	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	希望する日数	
		<input type="checkbox"/> 障害児相談支援 マルシェ・社協・その他事業所()			

障害支援区分認定調査を行うために必要がある時は、ご本人・ご家族の連絡先及び概況を認定調査員に情報提供することに同意します。

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、稲城市長から指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、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。

また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

【同意欄】 申請者氏名 _____

