

本見方き書



太枠内は必ずご記入ください

申請年月日 令和〇年〇月〇日

(保護申請者)	フリガナ	イナギ タロウ	生年月日	昭和60年〇月〇日
	氏名	稲城 太郎		
	居住地	〒206-0000 稲城市東長沼2111		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	イナギ ナシミ	生年月日	平成30年〇月〇日
	稲城 梨美	続柄	長女	
<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 checked="" type="checkbox"/> 発達障害、指定難病、自立支援医療など

申請するサービス	サービスの種類				申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	日中活動系	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	申請・変更理由など療育が必要と診断を受けたため。 通う事業所が増えたため。 希望する日数 10日(週2日)
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援			
<input type="checkbox"/> 同行援護		<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス			
<input type="checkbox"/> 行動援護		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援			
<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		相談支援	<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 稲城 太郎

