

# 記入見本

(介護給付費 訓練等給付費 特定障がい者特別給付費 地域相談支援給付費)  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

藤沢市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

申請者	フリガナ	フジサワ タロウ	生年月日	昭和 大正 平成 令和	56年6月6日
	氏名	藤沢 太郎	個人番号		
申請者	フリガナ	フジサワ ジロウ	続柄	生年月日	平成 令和
	支給申請に係る児童氏名	藤沢 二郎 子	個人番号	27年5月5日	
申請者	フリガナ	フジサワ タロウ	生年月日	昭和 大正 平成 令和	56年6月6日
	氏名	藤沢 太郎	個人番号		
申請者	フリガナ	フジサワ ジロウ	続柄	生年月日	平成 令和
	支給申請に係る児童氏名	藤沢 二郎 子	個人番号	27年5月5日	
申請者	身体障がい者 手帳番号	療育手帳 番号	〇〇〇〇〇〇	精神障がい者保健 福祉手帳番号	疾病名
申請者	被保険者証の記号及び番号(※)	保険者名及び番号(※)			
申請者	障がい基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)				有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障がい福祉 関係サービス	障がい支援 区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度		要支援( )・要介護	1 2 3 4 5

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		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	居宅介護 (2人介護 有・無) 実働時間 時間/日 (時間/回)
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	身体介護10時間/月 (1時間/回) 地域等移動 時間/月 (時間/回) (身体介護を伴う・伴わない)
		<input type="checkbox"/> 同行援護		通院等乗降介助 回/月 重度訪問介護 時間/月 (うち移動介護 時間/月)
		<input type="checkbox"/> 行動援護		同行援護 時間/月 (身体介護を伴う・伴わない)
		<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所		短期入所 8 日/月
日中活動系		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	通所サービス 日/月
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	共同生活援助
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	介護の提供希望 有・無
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	サテライト型住居の利用意向 有・無
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	利用事業所名
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

印字内容を確認してください。訂正があれば二重線で抹消し余白に記入してください。

希望の時間数・日数を記入してください。

現在利用中のものが印字されます。確認してください。更新を希望しない場合は二重線で抹消してください。

※※ 裏面下部にも記入欄があります ※※

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)
氏名		申請者との関係
住所	〒	
	電話番号	