

書き方見本

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。

対象者氏名を記入します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

申請者	フリガナ	フジサワ タロウ	生年月日	大正 昭和 平成 令和 22年 1月 1日									
	氏 名	藤沢 太郎	個人番号										
	居 住 地	〒251-0054 藤沢市朝日町〇-〇											
			電話番号 0466-〇〇-〇〇〇〇										
フリガナ			続柄										
支給申請に係る児童氏名			記入不要										
身体障がい者手帳番号			療育手帳番号	精神障がい者保健福祉手帳番号			疾病名						
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)										
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		
		利用中のサービスの種類と内容等 短期入所、生活介護											
	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
		利用中のサービスの種類と内容等											

利用中のサービスを記入してください。

希望のサービスを選択します。

希望する
時間数や
利用施設名
等を記入し
てください。

申請するサービス	区分	サービスの種類	
		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 援 助
		☐ 同 行 援 護	
		☐ 行 動 援 護	
		☒ 短 期 入 所	
		☐ 重度障がい者等包括支援	
	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
			☐ 就労移行支援(養成施設)
		☐ 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 (※)	主治医の氏名	朝日 次郎	医療機関名	朝日クリニック
	所在地	〒251-0000 藤沢市朝日町××-×△○ 電話番号		
医師意見書の依頼方法 ☒ 市から送付 ☐ 受診時持込				

通知文の申請期限が20日の方は、主治医に医師の意見書を依頼するため、ご記入ください。

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 記入不要	の 属する者
	☐	
	☐	才)
	☐	費
	☐	才)
	☐	請します。
☐ V 生活保護 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要とす		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請

申請書を提出または郵送される方の氏名をご記入ください。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外		
氏名	藤沢 花子	申請者との関係	母
住所	〒251-0054 藤沢市朝日町○-○ 電話番号 0466-00-0000		