障害福祉サ－ビス等（新規・更新・変更）支給申請書兼

利用者負担額減額・免除等申請書

帯　広　市　長　様

次のとおり申請します。併せて、本申請の支給決定に係わり私の世帯の住民基本台帳、市民税課税台帳、生活保護受給状況、国民健康保健加入状況及び特別児童扶養手等の受給状況の閲覧、特別支援学級への在籍状況確認等、必要な事務行為について承諾します。また当該児童に係る行動の傾向に関して帯広市保健師もしくは関係機関に聴取すること及び障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、帯広市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請年月日　　　　　年　　月　　日

　　対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年 　月　 日 |
| 氏　　名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自宅（　　　）　　　－　　　　 |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　携帯　　　　（　　　　）　　　　 [　 ]　　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　　才 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属学校等小・中・保・幼・他 |  | 学級名 |  |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　号 | 等級 | 療育手帳番　　号 | 北海道第　　　 　 号 | 判定 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 第　　　　 号 | 等級 |
| □病院診断書　　　□相談結果連絡票（こども発達相談室）＊児童発達支援・未就学児のみ□特別児童扶養手当証書　　　□前住地の受給者証　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 計画相談支援・児童発達相談支援 | * 相談支援事業所作成

希望事業所　 □　有（　　　　　　　　　　）□　無 | □相談支援事業所【契約済】(　　　　　　　　　　　　　) |
| □　セルフプラン作成 |
| 申請及び変更申請理由 |
|  |
| 利用サービス | 地域生活支援[　　] | 通所支援[　　] | 障害福祉[　　] |
| 利用事業所 |  |  |  |
| 受給者番号　　　　　　　　　　　/負担割合　　　　　　　　　　　/上限額　　　　　　　円 |
| 　申請するサービス種類 |
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス(介護給付等) | 居宅身体介護 | 時間 | 居宅家事援助 | 時間 |
| 1回　　時間 | 1回　　　時間 |
| 通院介助（身体あり・なし） | 時間 | 通院等乗降介助 | 　　　　回 |
| 行動援護 | 時間 |  |
| 短期入所 | 　　　　日 | 短期入所重心 | 　　　日 |
| 区分  |
| 通所支援給付 | 児童発達支援 | 　　　日 | 放課後等ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ | 　　　日 |
| 保育所等訪問支援 | 　　　　日 | 医療型児童発達支援 | 　　　日 |
| 地 域 生 活支 援 事 業 | 移動支援 | 　　　　時間 | 日中一時支援 | 　　　日 |
| 区分  | 区分  |
| 訪問入浴ｻｰﾋﾞｽ | 　　　回/月 | 備考欄 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請するサービスの内容** | 障害福祉サービス(介護給付等) | □居宅身体介護 | 　時間 | □居宅家事援助 | 時間 |
| 1回　　　時間 | 1回　　　時間 |
| □通院介助（身体あり・なし） | 　時間 | □通院等乗降介助 | 回 |
| □行動援護 | 　時間 |  |
| □短期入所 | 　　日 | □短期入所重心 | 日 |
| 区分 |
| 通所支援給付 | □児童発達支援(未就学) | 　　日 | □放課後等ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ(就学) | 日 |
| □保育所等訪問支援 | 　　日 | □医療型児童発達支援 | 日 |
| 地 域 生 活支 援 事 業 | □移動支援 | 時間 | □日中一時支援　　医療的ケア　有　無 | 日 |
| 区分 | 区分 |
| □訪問入浴ｻｰﾋﾞｽ | 回/月 | 備考欄 |