

記入例

福祉サービスを利用する方が18歳未満であれば保護者が申請者

柏市

次のとおり申請します。

申請年月日 令和3年12月15日

申請者	フリガナ	かしわ たろう	生年月日	明治 大正 昭和 平成	48年1月1日
	氏名	柏 太郎	個人番号：別紙のとおり		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	かしわ じろう	続柄	1月1日	
	氏名	柏 次郎	長男	個人番号：別紙のとおり	
障害者手帳等 (該当するものに○)	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	精神通院	児童意見書
被保険者証の記号及び番号(※)	〇〇〇〇〇〇	保険者名及び番号(※)	××××××		
障害基礎年金1級の受給の有無	有・無				有・無
医療型児童発達支援 ※児童と同一保険の方全員の 保険証コピー添付が必要	児童発達支援、保育所等訪問支援、障害児計画相談支援				
介護保険サービス	利用中のサービスの種類と内容等				

所持しているものに○をつける

医療型児童発達支援を利用されている方は記入
※児童と同一保険の方全員の
保険証コピー添付が必要

福祉サービス受給者証に記載がある内容を記入

今回申請したい福祉サービスにチェックを付ける

申請するサービス	区分	サービスの		
		介護給付費	訓練等給付費	地域生活支援サービス給付費
障害福祉サービス	自立訓練（機能訓練）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自立訓練（生活訓練）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就労移行支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就労移行支援（養成施設）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就労継続支援A型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	就労継続支援B型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
児童通所	児童発達支援	<input checked="" type="checkbox"/>	放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/>
	医療型児童発達支援	<input checked="" type="checkbox"/>	保育所等訪問支援	<input checked="" type="checkbox"/>
	居宅訪問型児童発達支援	<input type="checkbox"/>		
相談支援	計画相談支援	<input type="checkbox"/>	地域移行支援	<input type="checkbox"/>
	障害児相談支援	<input checked="" type="checkbox"/>	地域定着支援	<input type="checkbox"/>

- 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柏市から指定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。
- 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等意見書の全部又は一部を、柏市から指定障害児相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者の関係人に提示することに同意します。
- 地域生活支援サービス給付費の請求、受領に関する権限を次の3つの条件で当該サービスの提供事業者に委任することに同意します。
 - 受任者の同意なく
 - 3 弁済の受領は受
- 障害支援区分認定に係る認定調査委託事業者に提示することに同意します。

上記の「申請者」に記載した氏名を記入

申請者氏名

柏 太郎