

【記載例】

立川市長 殿

※申請者は、18歳以上は本人、18歳未満は保護者

申請年月日

令和●●年●●月●●日

申請者※	フリガナ				大正 昭和				
	氏名				生年月日 平成 令和 ●●年●●月●●日				
	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●							
	居住地	〒190-8666 立川市 泉町 1156-9			電話番号 042-523-2111				
	フリガナ	続柄			平成 令和 ●●年●●月●●日				
	支給（給付）申請に係る児童氏名	【18歳未満の場合は児童氏名】 個人番号：●●●●●●●●●●●●●●●●			子				
	身体障害者手帳番号	(種 級)	愛の手帳番 号						
サービス利用の状況	障害福祉	障害支援区分	有・無	区分等	継続				
	介護保険	有・無	要介護度	要支援	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
申請に関するサービス	サービスの種類				申請に係る詳細				
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費		特別な希望があれば記入してください。			
		訪問系・その他	☐ 居宅介護	日	☐ 自立訓練（機能訓練）		移行支援（養成施設）		
			☐ 重度訪問介護		☐ 自立訓練（生活訓練）			継続支援 A 型	
			☐ 同行援護		☐ 宿泊型自立訓練				継続支援 B 型
			☐ 行動		移行支援（養成施設）				
			☐ 短期						
	活動系中	☐ 療養	☐ 生活	☐ 障害年金1級 ☐ 有 ☐ 無	共同生活援助を利用する方は、希望する事業所の種類について□にレを付けて、身体介助等の希望についても記載してください。 □ 介護サービス包括型 □ 日中サービス支援型 □ 外部サービス利用型 □ サテライト型 身体介助等の希望の有無 □希望あり □希望なし (希望ありの場合 時間/月)				
	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	☐ 地域移行支援	その他	☐ 就労定着支援					
☐ 地域定着支援		☐ 自立生活援助							
児童福祉法関連	☐ 児童発達支援	☐ 放課後等デイサービス							
	☐ 医療型児童発達支援	☐ 保育所等訪問支援							
	☐ 居宅訪問型児童発達支援								
減免の種類	☐ Ⅰ 負担上限月額に関する認定 ☐ Ⅱ 医療型個別減免に関する認定 ☐ Ⅲ 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事等軽減措置） ☐ Ⅳ 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（グループホームの家賃軽減措置） ☐ Ⅴ 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置及び補足給付の特例措置）に関する認定 ☐ Ⅵ 多子軽減措置に関する認定（□第2子・□第3子以降 ※在園証明等を添付してください。）				該当する項目に☑を付けてください。				
	主治医	医療機関名	〒						
		所在地	主治医について記入してください。						
			電話番号						

☆個人番号（マイナンバー）は、初回申請時または個人番号が変更になった場合のみご記入ください

☆裏面も記入して下さい

上記のとおり申請します。

なお、サービス等利用計画及び障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害程度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並びに障害福祉サービス受給者証を、立川市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。