

別記様式第1号（第2条関係）

（介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・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

（新規・継続・変更）

足利市長宛て
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号：			(歳)	
	居住地	〒		電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	個人番号：			続柄	(歳)	
	身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名		
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 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	利用中のサービスの種類と内容等
申請するサービス	訪問系・その他	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		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		/	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助			
		<input type="checkbox"/> 同行援護				
		<input type="checkbox"/> 行動援護				
	<input type="checkbox"/> 短期入所					
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 (※1)	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練)			
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練)			
/		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練				
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援				
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (養成施設)					
<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型		<input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型 (※2)				
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)				
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援					
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					
(※1) 療養介護を利用希望する場合に記入してください。		医療保険被保険者証の記号及び番号				
		保険者名及び番号				
(※2) 就労継続支援B型を利用希望する場合に記入してください。				障害基礎年金1級の受給 (有・無)		
主治医 (※3)	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	〒		電話番号		

(※3) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合に記入してください。

