

鳥栖市障害者等外出介護事業利用申請書

鳥栖市長 様

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			
	居住地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名		続柄	
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
障害福祉 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
障害福祉サービス 利用中の方	障害支援区分認定申請時のアセスメント調査を、今回の申請に利用しますか (はい ・ いいえ)			

区分	サービスの種類		
	介護給付費	訓練等給付費	申請に係る具体的内容
訪問系・ その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<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	<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"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）	
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）	

同意書

この申請にあたって、負担額等の決定に必要な課税資料等の調査をすることについて同意します。

年 月 日

(申請者) 氏名