

障害支援区分認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

木津川市福祉事務所長 宛て

次のとおり申請します。

なお、サービス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、木津川市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しく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。また、利用者負担額の算定にあたって必要となる私及び私と同じ世帯に属する世帯員の個人情報について、木津川市が調査・照会し、関係機関から情報提供を受けることについて同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	居 住 地	〒 - TEL () - -		

身体障害者手帳	等級： 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 種類： 視覚障害 ・ 聴覚障害 ・ 肢体不自由 ・ 内部障害		
療育手帳	A 判定 ・ B 判定		
精神障害者保健福祉手帳	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級	自立支援医療（精神通院）受給の有無： 有 ・ 無	
障害基礎年金	1 級 ・ 2 級	その他障害年金	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級
難病	有 ・ 無	難病の名称：	
生活保護	有 ・ 無		

認定調査	調査希望日	希望日を以下にご記入ください。 第1希望： 令和 () 年 () 月 () 日 () 時 () 分 第2希望： 令和 () 年 () 月 () 日 () 時 () 分 第3希望： 令和 () 年 () 月 () 日 () 時 () 分
	調査場所	調査を希望する場所に○をつけてください。 ・自宅 ・木津川市役所 ・木津川市役所加茂支所 ・その他 ()

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 - 最終受診月：() 月 電話番号 - -		

※主治医意見書については、本市が主治医意見書の作成を依頼します。受診していない等の状況により、作成が遅れる場合があります（主治医に確認は行いません）。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は記入不要） 〒 - 電話番号 - -		