

様式第1号(第4条関係)

日南町障害者地域生活支援給付費支給申請書

日南町福祉事務所長 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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏 名				
	居 住 地	〒 電話番号			
	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
支給申請に係る児童氏名		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	

サービス利用の状況	障がい福祉サービス	障がい支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
	利用中のサービスの種類と内容等					
介護保険	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					
申請する支援の種類・内容	種 類	☐ 個別移動支援			☐ 身体介護を伴う ☐ 身体介護を伴わない	
		☐ 日中一時支援				
		☐				
		☐				
	内 容					
備考	身体介護を伴う伴わないの判断基準 以下のいずれにも該当する者 ○ 障がい支援区分が区分2以上である者 ○ 障がい支援区分の認定調査項目において①～⑤のいずれか一つ以上に認定されている者 ①「歩行」:「できない」 ②「移乗」:「見守り等」、「一部介助」、「全介助」 ③「排尿」:「見守り等」、「一部介助」、「全介助」 ④「排便」:「見守り等」、「一部介助」、「全介助」 ⑤「移動」:「見守り等」、「一部介助」、「全介助」					