障害支援区分認定申請書（ 新規 ・ 更新 ・ 変更 ）

あて先：橋本市長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第２１条に関する障害支援区分の認定について、下記のとおり申請します。

記

申請日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 受給者番号 |  | 性別 | | 生年月日 | | | | 年齢 |
| フリガナ  氏名  （利用者（児童）） |  |  | | 年　　月　　日 | | | | 歳 |
| **㊞** |
| 住所地又は  居住地  （利用者（児童）） | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　（　　　） | | | | | | | |
| 保護者氏名  **（利用者が18歳未満の場合）** |  | | | 続柄 | |  | | |
| 保護者の居住地  **（利用者が18歳未満の場合）** | □児童と同じ　　□それ以外  〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　（　　　） | | | | | | | |
| 障がい区分 | □身体障がい　□知的障がい　□精神障がい　□難病 | | | | | | | |
| 区分有効期間  終了日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 医師意見書依頼先 | 医療機関名 |  | | 医師の  氏名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | |
| **受診状況** | **定期受診の有無：　有　・　無**  **直近の受診日：　平成　　　　年　　　　月　　　　日** | | | | | | | |
| 提出者 | 氏名 |  | | 申請者と  の関係 | | □本人 | | □本人以外 | |
|  | |
| 居住地 | □申請者と同じ　　□それ以外  〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　（　　　） | | | | | | | |

※　福祉課記入欄　□　前回と同じ医療機関

　　　　 　　　　　　　　□　受診予約の依頼済み。（本人・父・母・子・その他（　　　　　））