

障害者総合支援法における
障害福祉サービス（介護給付費等）支給申請書

申請日 令和 年 月 日

（提出先）宜野座村長

介護給付費・訓練等給付費の支給（障害支援区分認定等）について、次のとおり申請します。

利用者本人	フリガナ			生年月日	
	氏名			大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	住所			電話	
(フリガナ) 保護者名 ※利用者が 18歳未満の 時のみ記入		続柄	生年月日		
			大・昭・平 年 月 日 (歳)		

有無に○を、()については等級を記入してください

身体障害者手帳	有 (級)・無	療育手帳	有 ()・無	精神保健福祉手帳	有 (級)・無
---------	----------	------	---------	----------	----------

障害支援区分の認定を行うにあたり、医師の意見書が必要となりますので、主治医等をご記入ください。

主治医 ・ 協力医 (どちらかに ○)	医師氏名			医療機関名		
				診療科目		
	所在地	〒			TEL	

詳しくは宜野座村健康福祉課へお問い合わせください。
(TEL098-968-3253)