

訓練等給付費支給申請用別紙

1. 申請を希望する障害福祉サービスに☑を入れてください。

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） | <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 |
| <input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | |
| <input type="checkbox"/> 共同生活援助（障害支援区分の認定を要する支給申請は除く） | | | |

2. 過去に利用したことがある障害福祉サービスが上記のなかにある場合には以下に記入してください。

| | | | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 障害福祉サービス名 | | | | | | | |
| | 利用期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | 利用事業所 | | | | | | | |
| | 利用を終了した理由 | | | | | | | |
| 2 | 障害福祉サービス名 | | | | | | | |
| | 利用期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | 利用事業所 | | | | | | | |
| | 利用を終了した理由 | | | | | | | |

3. 今回申請を希望する理由を記入してください（なぜ利用したいのか具体的に記入してください）。

| | |
|----------|--|
| | |
| 利用予定事業所名 | |

4. 就労経験の有無（就労歴のある方は以下に記入してください。）

| | |
|--|------------|
| <u>最も新しい就労歴</u> | |
| 雇用形態： <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト | |
| 就労期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 | 《現在就労中の場合》 |
| 主な仕事内容： | ・週 日勤務 |
| 退職の理由： | （ : ～ : ） |
| <u>その他の就労歴①</u> | |
| 雇用形態： <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト | |
| 就労期間： 年 月 ～ 年 月 | |
| 主な仕事内容： | |
| 退職の理由： | |
| <u>その他の就労歴②</u> | |
| 雇用形態： <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト | |
| 就労期間： 年 月 ～ 年 月 | |
| 主な仕事内容： | |
| 退職の理由： | |
| ※就労歴が多数ある場合はその他の就労歴①②には就労期間の長いものを記入してください。 | |

5. 各種の障害等級等（あてはまる項目に☑をつけてください。）

| 障害種別 | 等級及び程度 |
|---------------|---|
| 身体障害者等級 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| 身体障害者種類 | <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 |
| 療育手帳等級 | <input type="checkbox"/> ㉠ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| 精神障害者保健福祉手帳等級 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 自立支援医療受給者証種類 | <input type="checkbox"/> 精神通院 <input type="checkbox"/> 更生医療 |
| 障害基礎年金等級 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| その他の障害年金等級 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| 生活保護の受給 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

6. 保健医療サービスの利用状況について、あてはまる項目に☑をつけてください。

| | |
|---------------------------------|---|
| 定期通院の有無 (有の場合は通院の原因となる疾病を記入) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有／原因となる疾病（ ） |
| 訪問看護の利用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 服薬の有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： 頻度： ） |

7. 最近2年間で入院歴のある方は以下に記入してください。

| | |
|---|---------------|
| 入院期間： 年 月 ～ 年 月 | 入院の原因となった疾患名： |
| 入院期間： 年 月 ～ 年 月 | 入院の原因となった疾患名： |
| 入院期間： 年 月 ～ 年 月 | 入院の原因となった疾患名： |
| (期間の記入は大体の年月でかまいません。入院歴が複数ある方は長いものを記入してください。) | |

8. 現在の環境

| | |
|--------------------------------------|---|
| 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 |
| 居住環境 | <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家・賃貸 / <input type="checkbox"/> 戸建住宅 <input type="checkbox"/> アパート等 |
| 同居家族の続柄 (その他の場合は関係性を記入してください) | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 主たる介護者とその年齢 (その他の場合は関係性を記入してください) | <input type="checkbox"/> 父（ 歳） <input type="checkbox"/> 母（ 歳） <input type="checkbox"/> 兄（ 歳） <input type="checkbox"/> 姉（ 歳） <input type="checkbox"/> 弟（ 歳） <input type="checkbox"/> 妹（ 歳） <input type="checkbox"/> その他（ 歳）（ ） |
| 主たる介護者の就労状況 | <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 就労していない |
| 主たる介護者の健康状況 | <input type="checkbox"/> 要介護認定あり <input type="checkbox"/> 障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証あり <input type="checkbox"/> その他の定期通院あり |
| 家族以外の支援者 (ありの場合には関係性を記入してください) | <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし |

9. 障害が理由で日常生活に支障をきたしていることを記入してください。

| |
|--|
| |
|--|