

申請書別紙（記載をお願いします）

1. 申請者氏名（障害者）

(_____)

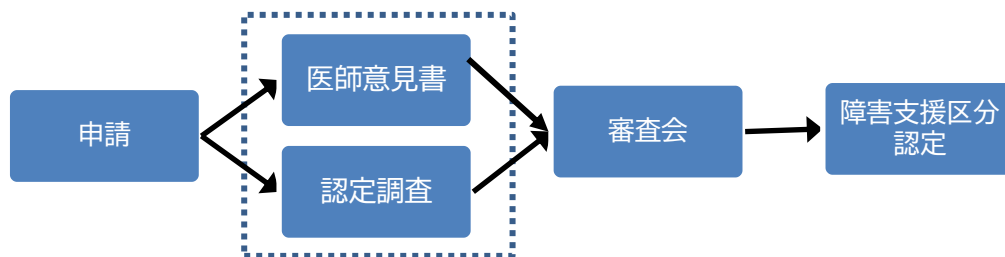
2. 申請日現在の生活の場所

自宅・グループホーム 入所施設 その他 (_____)

入院中 ⇒ 医療機関名 (_____) 主治医名 (_____)

入院日 (____年__月__日) 退院日 (____年__月__日 ・ 退院日未定)

下記の流れで障害支援区分認定を行います。続けて3からの質問にお答えください。



3. 医師意見書

記入いただいた下記の医療機関に市役所が依頼をかけ取り寄せます。

① 依頼先医療機関名 (_____) 診療科 (_____ 科) 主治医名 (_____)

② 依頼先医療機関住所 (_____)

③ 依頼先医療機関への定期受診の有無 ① あり ② なし ※最後に受診した年月 (____年__月頃)

※ 受診期間が空いているなどの理由で医師が作成できない場合には、医療機関への受診をお願いすることがあります。

4. 認定調査

後日調査員より調査日時場所の調整のために連絡をします。

① 市役所からの連絡先（調査日時場所調整のため）

(氏名) _____ (連絡先) _____ (本人との関係) _____

日中連絡の取れる曜日や時間帯 (____曜日 ____時 ~ ____時)

② 認定調査に同席する方

親族等（父母・兄弟・その他）氏名 (_____) 連絡先 (_____)

相談員・ケアマネジャー・事業所職員 氏名 (_____) 連絡先 (_____)

③ 調査場所と希望の時間帯

① 自宅 ② 日中活動先 (_____) ③ その他 (_____)

⇒ 調査が可能な曜日や時間帯 (_____)

④ 駐車場と表札の有無

駐車場あり（敷地内・道路の前・近隣公共施設等・コインパーキング） 駐車場なし

表札あり 表札なし（表札以外の目印 _____)

5. その他（自由記載）