

(第2片)

新規・更新・変更

(障害支援区分認定関係)

障害福祉サービス 受給者証番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

申請日 年 月 日

調査対象者	調査先住所  ※調査を実施する場所が申請書住所と異なる場合に記入してください。施設・病院等に入所入院中の方は点線の下の欄に記載し、病床の詳細がある場合には病棟名、階、号室まで記入をお願いします。	〒  電話番号  施設・病院名
	認定を受けている各種の障害等級(該当する項目に○印を付けてください。)	
身体障害者等級	1・2・3・4・5・6級	
身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他( )	
療育手帳の障害の程度	A1・A2・B1・B2	
精神保健福祉手帳等級	1・2・3級	
	障害支援区分 1・2・3・4・5・6	
前回の支援区分の結果等	認定年月日 年 月 日	
変更申請の理由	※新規・更新申請時は記入不要です。	

訪問調査の際、なるべくご家族等で利用者の状況がわかる方の同席をお願いいたします。同席いただける方の氏名、連絡先を記入してください。

同席者	フリガナ 氏名	対象者との関係( )
	住所	電話番号

※介護給付費を申請される方は以下を記入してください。

障害支援区分認定を受ける方(本人)の主治医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入してください。※主治医がない方は、長崎市福祉部障害福祉課へご相談ください。

主治医	医療機関名			
	診療科目		主治医	
	所在地	〒  電話番号		