

# 申請書別紙

## 1. 申請者氏名（障害者）

( ) 代筆者 (続柄)

## 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 ( )

入院日 ( 年 月 日 ) 退院日 ( 年 月 日 ・ 退院日未定 )

## 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 ) 医師名 ( )

② 依頼先医療機関住所 ( )

※1 定期通院先（本人の障害状況が分かる医師）を記入してください。

※2 定期通院先以外を記入する場合、医師意見書の作成が可能か事前にご確認下さい。

※3 依頼先医療機関から医師意見書作成のため、受診を求められる場合があります。

## 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) (続柄)

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

※1 上記①と異なる際は御記載ください。

※2 本人と支援者双方から聞き取りを行いたいため、できるだけ支援者の同席をお願いいたします。

(氏名) (連絡先) (続柄)

(氏名) (連絡先) (続柄)

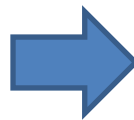
③ 調査場所と希望の時間帯

※日中活動（生活介護や就労継続支援B型等）を利用されている方は、日中活動先での調査にご協力をお願いいたします。

自宅（グループホーム含む）

日中活動先 ( )

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）