

障害支援区分再認定申出書

南房総市福祉事務所長 様

年 月 日

過日、通知のあった私の障害支援区分認定について、再認定をしていただきたく申し立ていたします。

申請者	フリガナ		受給者番号	
	氏名		生年月日	
	居住地	〒 _____ 電話番号 _____		
	フリガナ		続柄	
	支給申請に係る 児童氏名		生年月日	

現在の障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期限	年 月 日まで
再判定申し立て理由 <input type="checkbox"/> 調査時（受診時）から心身の状態が変化しているため <input type="checkbox"/> 共同生活援助で日中サービス支援型を利用するため <input type="checkbox"/> 共同生活援助で外部サービス支援型を利用する場合で、受託居宅介護サービスを利用するため <input type="checkbox"/> 共同生活援助で介護サービス包括型を利用する場合で入浴、排せつ、食事等の介護の提供を希望するため <input type="checkbox"/> その他（以下に理由を記入）				

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____		

申出書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

市処理	受付年月日	受付番号	受付担当	調査員	備考