

別紙 2

介護保険対象者の障がい福祉サービス利用に係る判断資料

1. 基本情報

氏 名		生年月日		年齢	
住 所					
障がい種別	身体・知的・精神		手帳等級		
障がい名					
手帳取得日					

2. 介護保険サービス情報

要介護認定		認定日	
認定の有効期間	～		
居宅介護事業所			
事業所所在地			
事業所電話番号			
ケアマネジャー			

3. 障がい福祉サービス利用申請内容

申請サービス	支給量	支援内容

4. 障がい福祉サービス申請理由（具体的に）

※障がいが理由でサービスが必要となる理由を中心に記載してください。

--

裏面に続きます

5. 担当課所見（記入しないでください。）

<添付資料>

- ・介護保険ケアプランの写し

※申請する障がい福祉サービスが加えられているケアプランの写しを添付してください。