介護保険該当者における障害者福祉サービス申請理由書

（あて先）

南砺市社会福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

TEL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日（　　歳） |
| 障害者手帳番号等　級 | 富山県第　　　　　　号級 | 初回公布日 | 年　　月　　日 |
| 障害名 |  |
| 介護保険申請の有無 |  | 介護度 |  |
| 開始日 | 　　　　年　　月　　日 | 終了日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 利用希望障害者福祉サービス | 　 |
| 私は、下記の理由により障害者サービスの利用を希望します。理由 |

介護保険該当者が障害者福祉サービスを必要とする意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 | 〒　　南砺市　　TEL　 |
| 要介護度 |  | 期　間 | 　 年　 月　 日～　　　 年　 月　 日 |
| 現在利用の介護保険サービス |  |
| **【介護支援専門員意見】**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞ |