

訓練等給付費 状況確認票

※「自立訓練・就労移行支援・就労継続支援A型/B型・共同生活援助」
上記いずれかのサービス利用申請の方

記入日	年	月	日	申請者氏名
電話番号	-	-	生年月日	年 月 日
記入者	本人・本人以外	→ 氏名	続柄	電話番号 - -

申請者本人の状況について教えてください。
こちらにご記入いただいた情報に基づき、障害福祉サービス受給者証を発行をします。
ご提出が無い場合、また回答が無い場合は「いいえ」とします。

1. 現在、就労継続支援A型・B型以外で仕事(一般就労及びパート・アルバイトを含む)をしていますか。

はい ・ いいえ

※「はい」と回答した方は、障害福祉課サービス支給係へご連絡ください。

2. これまで、就労継続支援A型・B型以外で仕事(一般就労及びパート・アルバイトを含む)の経験がありますか。

はい ・ いいえ

3. 在宅での利用を予定していますか。

はい ・ いいえ

※「はい」と回答した方は、在宅での利用は別途事業所から利用申請が必要です。事業所にご相談ください。

4. (質問3で「はい」と答えた方)在宅での利用時、生活に関する支援(居宅介護や重度訪問介護)を受けなければ、居宅での利用が困難ですか？

はい ・ いいえ

5. 過去3年以内に、医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていますか。
又は、(逮捕等により)矯正施設若しくは更生保護施設を利用していましたか。

はい ・ いいえ

→ (はいの方) 内容が分かるものをご提出ください。

6. 精神病床に1年以上入院していましたか。

はい ・ いいえ

→ (はいの方) 退院をして1年以内ですか。

はい ・ いいえ



退院日をご記入ください。(年 月 日)

7. 障害基礎年金1級を受給していますか。

はい ・ いいえ

→ (はいの方) 受給が確認できる資料(年金通知書、受取金額が分かる通帳等)をご提出ください。
※ご提出が無い場合は、「障害基礎年金1級受給をしていない」とみなします。

ご不明な点は、下記までお問い合わせください。
障害福祉課 サービス支給係
TEL 077-528-2696
Eメール otsu1408@city.otsu.lg.jp