

付属資料

 N°15692*01	MDPH への申請書 社会福祉・家族法典第 146-26 条 MDPH とは県障害者センターの略称です。 MDPH は、あなたが障害により何を必要とするかに答えるために、あなたの状況を検討します。 本申請書は、2017 年 9 月 1 日から 2019 年 5 月 1 日までに、徐々にフランス全国に普及していく予定です。 2019 年 5 月 1 日以降、cerfa N°13788*01 は完全に廃止され、本申請書が代わりに使用されることになります。	 自由・平等・友愛 フランス共和国 社会問題・保健省
---	---	---

本申請書の対象者は誰ですか？

本申請書は障害のある人を対象としています。

対象となる障害者が、18 歳未満の場合は、その両親が同障害者に代わって申請します。

18 歳以上の対象障害者が保護措置下にある場合は、その後見人又は保佐人が同障害者の申請を援助します。

本申請書の記入に援助が必要な場合は、MDPH の受付に申し出てください。

MDPH にあなたの状況、ニーズ、計画、希望を具体的に記入してください： 法規に規定される条件に応じて、あなたは以下の権利を享受できる可能性があります。	
障害児童教育給付金（AEEH）又はその補足手当	障害補償手当（ACTP 又は ACFP）の更新
成人障害者手当（AAH）又はその補足手当	個別就学・学歴計画及び就学補助金
障害者移動インクルージョンカード（従来の障害者カード・優先カード・駐車カード）	職業指導、職業訓練
児童・成人向け医療社会福祉施設またはサービス（ESMS）への誘導	障害労働者認定（RQTH）
障害補償給付金（PCH）	在宅親族老齢保険（AVPF）への無料加入

どの項目に記入すればよいですか？

☐ 初回申請である。 ☐ 私の医療、行政、家族に関わる状況又は計画が変更された。 ☐ 私の状況の再評価又は私の資格を見直して欲しい。	あなたのすべてのニーズを説明するために、申請書の全項目に記入してください。又、E 項に記入することにより、あなたが希望する資格や給付金を説明することもできます。
☐ 私の状況に変化がないので、私の資格をそのままの形で更新したい。	A 項と E 項に記入してください。申請書の全項目に記入することもできます。
☐ 家族補助者（日常的にあなたの世話をする家族）がその状況とニーズを説明したいと考えている。	あなたの家族補助者が、F 項に記入することができます。

あなたの書類はすでに MDPH にありますか？

☐ はい	県：	書類番号：	
-----------------------------	----	-------	--

A**本人関連情報****必ず記入すべき情報****A1****申請の対象である児童又は成人の本人関連情報**

性別：	☐ 男性 ☐ 女性
旧姓：	夫の姓／又は通称 _____
名：	_____ 生年月日 _____ 年 月 日
国籍：	☐ フランス ☐ 欧州経済領域又はスイス ☐ その他
出生コミューン：	_____ 県 _____
出生国：	☐ フランス ☐ その他 国： _____
外国に住んでいた場合は、フランス到着日を記入してください： _____ 年 月 日	
住所に関する補足（必要に応じて、あなたが滞在する家の主人名）： _____	
住所（通り、番地）：	_____
郵便番号：	_____ コミューン： _____ 国： _____
電話番号：	_____ メールアドレス： _____
必要に応じて、あなたが希望する MDPH からの連絡方法 ☐ メール ☐ 電話 ☐ SMS ☐ 郵便	
あなたが何らかの機関を住所として選択した場合、名称を記入してください： （団体、宿泊施設、社会福祉センター） _____	
家族給付金／積極的連帯 手当（RSA）給付機関：	☐ 家族手当金庫（CAF） ☐ 農業社会共済（MSA） ☐ その他 受給番号 _____
健康保険機関：	☐ 健康保険初級金庫（CPAM） ☐ 農業社会共済（MSA） ☐ 自営業者健康保険機関（RSI） ☐ その他（名称を記入してください）： _____
あなたの社会保障番号：	_____
あなたの子供が申請の対象である場合は、 その社会保障番号を記入してください：	_____

A2**親権、親権委任又は後見（未成年者の場合）**

親権行使者	☐ 親戚 1 又は法定代理人 1	☐ 親戚 2 又は法定代理人 2
姓	_____	_____
名	_____	_____
生年月日	_____	_____
住所（通り、番地）	_____	_____
住所の補足	_____	_____
郵便番号	_____	_____
コミューン	_____	_____
国	_____	_____
電話番号	_____	_____
メールアドレス	_____	_____
 両親が離婚している、もしくは、親権委任又は後見の場合は、親権行使方法を証明する判決のコピーを添付してください。		

姓：

名：

A**本人関連情報****必ず記入すべき情報****A3****あなたが MDPH への手続に援助を受けている場合**

MDPH があなたの状況を正確に評価するために下記の者に連絡することを許可してください

☐ 身近な者☐ 団体☐ その他

団体名：	
対象者の氏名：	
通りと番地：	
住所の補足：	
郵便番号：	
コミューン：	
電話番号：	
メールアドレス：	

A4**あなたが保護措置を受けている場合**

	法定代理人 1 ▽	法定代理人 2 ▽
保護措置の種類 (後見、保佐、強化保佐、家族授權)：		
機関名 (該当する場合)：		
対象者の氏名：		
生年月日：		
通りと番地：		
住所の補足：		
郵便番号：		
コミューン：		
電話番号：		
メールアドレス：		

A5**あなたが申請の早急な処理を必要とする状況にあると考えている場合**

下記のいずれかの状況に該当する場合は、マスに印を付けてください：

☐ あなたの家で生活できなくなった又は生活できなくなる恐れがある。☐ 近い将来、失業する恐れがある。☐ あなたの学校があなたを受け入れられなくなった又は受け入れられなく恐れがある。☐ 最近、就職した、又は、近い将来、職業訓練を受講する。

開始予定日 年 月 日

☐ あなたは、退院したが、自宅又はあなたの施設に戻れない。問題を具体的に記入してください：☐ 2 ヶ月以内にあなたの資格が失効する (AEEH、AAH、PCH、RQTH 等) 失効する資格及び失効日を記入してください。

A**申請に必ず添付すべき書類****必ず記入すべき情報**

- MDPH 申請に規定されている 6 ヶ月以内に作成された診断書
- 障害者、及び、必要に応じて、その身分証明書類の両面のコピー
(有効な身分証明書又は滞在許可証、又は、フランス滞在を許可する何らかの書類)
- 住所証明書類のコピー
(児童については、法定代理人の住所証明書類を添付してください。第三者の家に居住する場合は、住所証明書類と居住を証する家主の誓書)
- 法定保護証明書類 (必要に応じて)

- ☐ 私の医師による診断書の作成に困難があった。
詳細を具体的に記入してください：

年 月 日

署名

- 署名：☐ 対象障害者
☐ 法定代理人
☐ 両親 (未成年者の場合)

- ☐ 私は、社会福祉・家族法典第 L 241-10 条に
 則り、MDPH が、私の状況とニーズをより
 良く理解するために、私を支援する専門家達
 と連絡を取ることに**承認します**。

又は

- ☐ 私は、MDPH が私を支援する専門家達と連絡
 を取ることに**承認しません**。私はすべての必要
 な補足的情報を MDPH に提供することを約束
 します。

- ☐ 私は、上記の記述された情報が正確であることを名誉にかけて証し、マスに印を付けます。

- ☐ 私は、以下の事例に該当する場合で、簡易手続を希望します。

- 私の状況に変化がない場合の給付金受給資格の更新
- 在宅親老齢保険無料加入のために必要な条件の認定
- 障害労働者認定 (RQTH) の付与
- 緊急状況

この場合には、私は障害者権利自立委員会 (CDAPH) の認定は受けられません。

あなたが提出した情報は機密性が守られます。あなたには CDAPH の認定を受ける権利が法律により与えられています。CDAPH とは、障害者権利自立委員会の略称で、2005 年 2 月 11 日法律第 2005-102 号に則り設立され、評価及び MDPH の提案に基づき、障害を有する人間への資格付与の決定を下します。現在から MDPH チームにより徹底的評価が行われますが、必要があれば、あなたとの面談も行われます。本申請書のコピーを保管してください。

「悪意をもって、不正確又は不備のある情報を提出した者には、最高、禁固刑までの刑事罰が科されることがある」(社会保障法典第 L 114-19 条—刑事法典第 441-1 条)

情報処理、情報ファイル及び自由に関する 1978 年 1 月 6 日修正法律第 78-17 号が、本申請書に記入された回答に適用されます。同法により、あなたには、県障害者センター (MDPH) に対する、あなたに関するデータへのアクセス権と修正権が保証されます。本申請書に記入されたデータは、情報処理され、現行の法規の遵守の下に、伝達されます。



あなたの申請への回答は、約 4 ヶ月後に送付されます。

M. D. P. H.
申請書

MDPH

直接対応：

電話対応：

B**日常生活****必ず記入すべき情報**

但し、状況に変化がない場合の更新を除く

B1**あなたの日常生活**

あなたは ☐ 独り ☐ 夫婦又は同棲 ☐ 両親 ☐ 子供 で／と生活している。
(又はいずれか片方と) (又はそのうちの 1 人と)

☐ その他の状況。具体的に記入してください：

あなたの居住場所

あなたは以下に居住している。

(A1 欄の氏名及び住所を記入してください)

☐ あなたは独立した住居を所有している。
 あなたは、☐所有者 ☐賃借人 である。

☐ 両親の家☐ 子供の家(又はいずれか片方の家)(そのうちの 1 人の家)

☐ 医療・社会福祉施設・事務所
(施設名と種類を記入してください。)

☐ 友人の家☐ 他の親戚の家☐ ホストファミリーの家

☐ その他の状況。具体的に記入してください：

過去に ☐ 第三者に起因する事故 ☐ 労働災害 に遭ったことがありますか？

☐ 他の種類の事故 具体的に記入してください：

上記の事故により、現在支払い中又は支払いが終了した補償請求をしましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

☐ 「はい」の場合、どの機関に請求しましたか。：

財政的支援と収入

あなたは、下記の補助金、収入及び／又は給付金を受給していますか：

☐ 成人障害者手当 (AAH)☐ 積極的連帯所得手当 (RSA)☐ 雇用センター (Pôle Emploi) の失業手当☐ 特別連帯手当 (ASS)

本申請前の 12 ヶ月間に、以下を得たことがありますか：

☐ 職業活動による収入☐ 日払い補償金☐ ESAT での活動による収入

年 月 日から 年 月 日まで

障害者年金：☐ カテゴリー1 ☐ カテゴリー2 ☐ カテゴリー3 年 月 日より

☐ その他のこの種の年金 (3 分の 2 障害年金、能力障害年金)☐ 第三者割増☐ 補足障害手当☐ 労働災害・職業病年金☐ 第三者援助補足給付金☐ 公務不適応退職手当又は早期退職手当 年 月 日

永続的部分的不能 (IPP) 率 _____ %



● 障害者年金付与の証書類

● 労働災害・職業病年金決定書のコピー

☐ 退職年金

年 月 日に退職

☐ 高齢者連帯手当 (ASPA) の受給者☐ 退職者年金を申請した☐ 高齢者自助手当 (APA)

姓：

名：

B**日常生活****必ず記入すべき情報**

但し、状況に変化がない場合の更新を除く

☐ 技術、器具 又は設備 による支援	☐ 住居整備	☐ 車両整備	☐ 介助動物
	☐ 技術的支援（具体的に記入してください） （例：握り棒、歩行器）		
☐ 障害者への支援 （補助者による）	☐ 家族		
	☐ 在宅介助者		
	☐ 医療・社会福祉的支援		
	☐ その他		

子供の世話について

あなたの子供の障害のために、パートタイム労働をしている、又は、仕事を辞めなければならなかった。

☐ はい ☐ いいえ

あなたの子供の状況のために、第三者に有償の仕事を依頼している場合は、

労働時間を記入してください：週 _____ 時間

この仕事が不定期である場合は、推定年間労働時間を記入してください： _____ 時間

あなたがパートタイム労働をしている場合は、その割合を記述してください： _____ %

障害関連費用及び負担額

あなたの疾病保険又は補足相互保険により、払い戻されない費用、又は、場合により、部分的に払い戻される費用を記入してください。

出費	頻度	合計額	払い戻し額	詳細

B2 あなたの日常生活におけるニーズ

あなた又はあなたの子供の障害への対処の必要性を具体的に記入してください。複数回答が可能です。

- 障害を有する人間の年齢に合わせて回答を調整してください。たとえば、子供の場合は、同年齢の障害のない子供との違いを示してください。
- 子供の場合は、両親ではなく、子供のニーズのみを記入してください。
- 直接的人的支援、又は刺激を受ける、ガイドされる、言葉で励まされるといった支援、もしくは器具による又は財政的支援の必要性。
- 本申請書は、あなたのニーズを表明するためのものです。次の段階で、MDPH チームが徹底的評価を行い、必要があれば、あなたと面談を行います。

自宅でのニーズ	
☐ 日常的支出の支払い （家賃、水道・ガス、衣服、食料等）	☐ 買い物に行く
☐ 家計の管理、税金等の手続 （行政手続、保険、税金）	☐ 食事の支度
☐ 衛生関係 （入浴、トイレ）	☐ 食事をする
☐ 衣服関係 （服を着る、脱ぐ、選ぶ等）	☐ 家事をする、衣服の手入れをする
☐ その他のニーズ 具体的に記入してください： _____	☐ 健康管理（医療的指示に従う、診察を受けに行く等）

B**日常生活****必ず記入すべき情報**

但し、状況に変化がない場合の更新を除く

移動におけるニーズ☐ 自宅内での移動☐ 車両の利用☐ 自宅から出る、自宅に入る☐ 公共交通機関の利用☐ 自宅外での移動☐ 休暇旅行への出発

あなたは移動の際に地域的に提供される障害者用交通機関を使用しますか？

☐ はい☐ いいえ☐ その他の状況 具体的に記入してください：**社会生活におけるニーズ**☐ 意見の表明、理解してもらう、聞く☐ 家族の世話をする☐ スポーツやレジャーを楽しむ☐ 市民的生活で援助を受ける

(投票に行く、社会生活等)

☐ 他人との人間関係☐ 自分の安全の確保☐ その他の状況 具体的に記入してください：**B3 障害による不便を緩和するための希望****あなたの希望**（複数回答可）☐ 自宅で生活する☐ 移動の援助☐ 施設への一時的収容☐ 施設で生活する☐ 器具又は設備☐ 介助動物☐ 生活場所の整備☐ 障害による出費への財政的援助☐ 日常生活における能力の総合的評価☐ 人的支援：補助者による☐ 日常生活への適応／再適応☐ 最低限の収入を確保するための財政的援助（この場合、D 項にも記入してください）☐ その他の希望 具体的に記入してください：

あなたの希望に応える受入機関、支援機関又は介護機関を知っていますか？

☐ はい☐ いいえ

「はい」の場合はその名称を記入してください。

.....

同機関に連絡しましたか ☐ はい ☐ いいえ同機関に連絡しましたか ☐ はい ☐ いいえ

姓：

名：

B | 日常生活

必ず記入すべき情報
但し、状況に変化がない場合の更新を除く

あなたの日常生活について他に重要な情報（状況、希望、計画）をお持ちの場合は、以下に記入してください。

[illegible]

可能であれば、以下の証憑書類を添付してください。
これらの書類は、あなたの状況の評価と申請の処理に必要とされるものです。

- あなたが保有する **B1** 及び **B3** に記載されている費用の証憑書類、請求書又は見積書
- 障害を有する子供の世話のための職業活動の減少の場合：労働契約、給与明細書又は労働時間減少、もしくは、両親の一方又は両方の実質労働時間を証明する雇用主の証明書。
- 第三者による有償労働の場合：雇用証明書、労働契約書、人的支援時間数を明記した社会保障・家族手当負担金徴収組合（**URSAFF**）申告書や在宅介護サービス請求書。
- 退職年金、第三者割増を伴う障害者年金又は第三者支援手当を伴う労働災害・職業病年金の付与の場合：証憑書類を添付してください。

C**学業生活又は学生生活**あなたの申請が
学業又は学生生活に関わる場合**C1****学習状況**

現在、子供が就学中である場合、その学習状況は：

☐ 通常教育☐ 自宅学習☐ 医療・社会福祉施設や介護サービスの支援を受けている。☐ 医療・社会福祉施設と通常教育又は自宅学習を並行して行っている。☐ 介護サービスと通常教育を並行して行っている。☐ 高等教育

施設名を記入してください。

年 月 日より

☐ その他 具体的に記入してください：

子供が寄宿舎に入っている場合、寄宿費は疾病保険、政府または社会扶助によって全額負担されていますか？

☐ はい☐ いいえ

子供が就学中ではない場合、その理由を記入してください：

☐ 就学年齢に達していない☐ 受け入れられる教育施設、大学又は医療・社会福祉施設がない。

いつから就学可能ですか？

具体的に記入してください：

☐ その他 具体的に記入してください：

あなたが学生であるか、職業訓練中である場合：

学業の種類

取得した学位

準備中の学位

施設名

通り

都市

年 月 日より

姓：

名：

C

学業生活又は学生生活

あなたの申請が
学業又は学生生活に関わる場合

あなたの学歴又は職業訓練歴

年度	施設

現在、以下の支援又は治療を受けていますか

☐ 病院による治療

☐ 個人による治療

☐ その他 具体的に記入してください：

器具による対処をしていますか

☐ 学習における条件の整備

☐ コミュニケーション用器具

☐ コンピュータ及び視聴覚機器
又は調整
☐ 聴覚障害用器具

☐ 視覚障害用器具

☐ 可動式及び小型機材
☐ 移動手段

☐ その他 具体的に記入してください：

現在、障害を有する生徒向けの人的支援を受けていますか：

☐ 「はい」の場合は、内容を記入してください。

現在の時間割（支援及び介護、場所等）

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
昼							
午後							
夕方／夜							

C**学業生活又は学生生活****あなたの申請が
学業又は学生生活に関わる場合****C2****学校生活又は学生生活におけるニーズ**

あなた又はあなたの子供の障害に関連する補償のニーズを具体的に記入してください：

- たとえば、子供の場合は、同年齢の障害のない子供との違いを示すことにより、対象障害者の年齢に応じて、回答を調整してください。
- 直接的人的支援、又は刺激を受ける、ガイドされる、言葉で励まされるといった支援、もしくは器具による又は財政的支援の必要性。
- 本書類は、あなたのニーズを表明するためのものです。次の段階で、MDPH チームが詳細な評価を行い、必要があれば、あなたと面談を行います。

学習におけるニーズ

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ 読む | ☐ 書く、ノートを取る |
| ☐ 計算する | ☐ 理解する、指示に従う |
| ☐ 秩序だった行動をする、勉強を管理する | ☐ 機材の使用 |
| ☐ その他 具体的に記入してください： | |

コミュニケーションにおけるニーズ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ 意見の表明、理解してもらう、聞く | ☐ 他人との人間関係 |
| ☐ 自分の安全確保 | |
| ☐ その他 具体的に記入してください： | |

自分自身の衛生や食事におけるニーズ

- | | |
|--|--|
| ☐ 身体の衛生（トイレに行く） | ☐ 衣服（衣服を着る及び脱ぐ） |
| ☐ 食事（食べる、飲む） | ☐ 健康管理 |
| ☐ その他 具体的に記入してください： | |

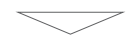
移動におけるニーズ

- | | |
|--|---------------------------------|
| ☐ 建物内の移動 | ☐ 建物外の移動 |
| ☐ 公共交通機関の利用 | |
| ☐ その他 具体的に記入してください： | |

姓：

名：

D**職業的状况**あなたの申請が
職業計画に関わる場合**D1****あなたの状況**

☐ あなたは就労中である： _____ 年 _____ 月 _____ 日より 	
☐ 通常就労環境 ☐ 保護的就労環境（就労支援・サービス機関－ESAT）	☐ 適合企業 ☐ フルタイム ☐ パートタイム
あなたの労働契約形態： ☐ 無期労働契約 ☐ 有期労働契約 ☐ 援助契約 ☐ 支援型労働契約 あなたの雇用主 名称： _____ 住所： _____ ☐ 職業訓練中の研修生 有償： ☐ はい ☐ いいえ 機関名を記入してください： _____ ☐ 自由業者の場合 レジーム分類： _____	 パートタイムの場合は労働契約書のコピーを添付してください。 その職務はあなたの障害に合わせて整備されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ 具体的に記入してください： _____ あなたの障害による困難とはどのようなものでしょうか？ _____ _____ _____ _____ _____
あなたは、雇用を維持するための支援を受けている、又は、受けていましたか： ☐ 労働保健サービスにより ☐ 雇用維持促進機関（SAMETH）により	
 産業医による適性又は不適性証明又は産業医の最新の診断書を添付して下さい。	
☐ あなたの勤務場所が整備された場合は、その内容を記入してください。 _____ _____	
☐ あなたは現在、休業中である： _____ 年 _____ 月 _____ 日より 	
☐ 日払い補償を伴う休業 ☐ 日払い補償なしの休業	☐ 労働災害又は職業病による休業 ☐ 出産休暇／養子縁組休暇／その他
あなたの退職年金金庫の社会福祉担当者とは会いましたか？ ☐ いいえ ☐ はい _____ 年 _____ 月 _____ 日	
職務復帰のための事前訪問の際に産業医とは会いましたか？ ☐ いいえ ☐ はい _____ 年 _____ 月 _____ 日	

姓：

名：

D**職業的状况****あなたの申請が
職業計画に関わる場合**☐ あなたは無職である： 年 月 日より過去に働いたことがある： ☐ はい ☐ いいえ
あなたが現在、無職である理由を記入してください：

あなたの状況：

☐ 雇用センターに登録している☐ 研修を受けている。具体的に記入してください：

☐ 学生（この場合は、C 項にも記入してください）

年 月 日より

あなたに就職支援を行っている機関：

☐ ミッション・ローカル ☐ キャップ・アンプロワ ☐ 雇用センター☐ 県議会により指名された積極的連帯所得手当担当者：☐ その他 具体的に記入してください：

次の給付金を受給していますか？

☐ 障害者職業参入基金管理運営機関（Agefiph）☐ 障害者公務部門参入基金（FIPHFP）

障害労働者認定（RQTH）又は RQTH と同等である進路指導（県障害者権利自立委員会による ESAT、労働市場、職業リハビリテーションセンター（CRP）へのオリエンテーション）を受けていますか

☐ はい ☐ いいえ

D**職業的状况**あなたの申請が
職業計画に関わる場合**D1****あなたの職歴**

研修や就労支援機関を含むあなたの職歴を記入してください。履歴書を添付してもかまいません。

年	職務名	企業名	フルタイムか パートタイムか	退職理由
例：1998 年 6 ヶ月	レジ係	E ルクレール	パートタイム	有期労働契約終了

職業資格レベル：☐ 初級 ☐ 中級 ☐ 上級

最終クラス：

.....

職業訓練：職業訓練を受講した場合は、内容を具体的に記入して
ください：

.....

.....

.....

取得免状

最終取得免状を記入してください。

免状	取得年	分野

評価診断を行ったことがある（能力、職業指導モジュール MOP）場合は、年度と機関を記入してください。

.....

.....

姓：

名：

D**職業的状况**あなたの申請が
職業計画に関わる場合**D3****あなたの職業計画**

職業計画がありますか（複数可）？

「はい」の場合、具体的に記入してください：

以下のために援助が必要ですか：

- | | |
|--|----------------------------------|
| ☐ あなたの職業的能力の評価 | ☐ 就職 |
| ☐ しっかりした職業計画の作成 | ☐ 職業訓練の受講 |
| ☐ 就労環境の整備 | |

あなたの希望に応える支援機関を知っていますか？

同機関に連絡しましたか ☐ はい ☐ いいえ

あなたの職業状況について他に重要な情報（状況、希望、計画）をお持ちの場合は、以下に記入してください：

E**権利・給付の申請表明****E1****日常生活に関わる申請**

県障害者権利自立委員会が付与する権利及び給付金には、特に年齢に関するものを初め、いくつかの条件があります：

あなたが 20 歳未満の場合：

- ☐ 障害児教育手当（AEEH）及びその補足給付金
- ☐ 障害補償給付金（PCH）
- ☐ 移動インクルージョンカードー障害記載
（場合に応じて、要支援又は要失明者支援などの記載）又は優先記載
- ☐ 移動インクルージョンカードー駐車用記載
- ☐ 在宅親老齢保険（AVPF）への無料加入

あなたが 20 歳以上の場合：

- ☐ 成人障害者手当（AAH）、この場合、D 項にも記入してください。
法律では、AAH 申請が出された場合、MDPH が障害労働者認定（RQTH）及び職業指導への資格を評価すると規定されています（一定の条件下では、20 歳未満であっても AAH 受給資格が与えられます）。
- ☐ 所得補足手当
- ☐ 成人向けの医療・社会福祉施設（ESMS）へのオリエンテーション
- ☐ Creton 修正法に則った ESMS への残留
- ☐ 第三者補償手当（ACTP）（更新又は見直しの場合）
- ☐ 経費補償手当（ACFP）（更新又は見直しの場合）
- ☐ 障害補償給付金（PCH）
- ☐ 移動インクルージョンカードー障害記載
（場合に応じて、要支援又は要失明者支援との記載）又は優先記載
- ☐ 移動インクルージョンカードー駐車用記載
- ☐ 在宅親老齢保険（AVPF）への無料加入

E2**学校生活に関わる申請**

☐ 医療・社会福祉施設の支援のもと（または支援なし）での学業及び／又は職業訓練。場合により、あなたの申請の詳細を記入してください：

.....

.....

.....

.....

.....

.....

姓：

名：

E 権利・給付の申請表明

E3 仕事、雇用及び職業訓練に関わる申請（この場合、D 項にも記入してください）

- ☐ 障害労働者認定（RQTH）
 - ☐ 職業指導
 - ☐ 職業リハビリテーションセンター（CRP）、就業前指導センター（CPO）又は脳損傷患者のための社会的・社会職業的再訓練評価ユニット（UEROS）
 - ☐ 就労支援・サービス機関（ESAT）
 - ☐ 労働市場 ☐ 援助付き就業制度による支援
- 「援助付き就業制度により、障害労働者及びその雇用主には、医療・社会福祉の支援及び職業参入のための援助が提供されます。同制度は、以下の障害労働者を対象としています。
- ・通常就労環境への参入計画を有する。
 - ・通常就労環境への参入計画を有し、Esat で働いている。
 - ・すでに通常就労環境で働いているが、安定した就労に特別の困難を覚えている。

あなたは障害者雇用義務制度（OETH）の受益者ですか？

その場合は、RQTH 申請をする必要はありません。OETH は RQTH と同等のものです。

以下の条件のいずれかに該当する場合、あなたは OETH の受益者です。

- 労働災害又は職業病のために 10%以上の恒常的障害を有し、一般社会保障制度又はその他の義務的社会保護制度による年金の受給者である。
- 障害のために労働能力又は収入獲得能力の 3 分の 2 以上減少していることの条件の下に、一般社会保障制度又はその他の義務的社会保護制度又は公務員を対象とする制度による障害年金を支給されている。
- 元軍人またはこれに類する者で、傷病軍人年金を受給しており、障害のために労働能力又は収入獲得能力が 3 分の 2 以上減少している。
- 戦争犠牲者の未亡人又は子供もしくは傷病軍人年金の受給者である（一定の条件下で）。
- 活動中に発生した事故又は罹患した疾患に対するボランティア消防士の社会的保護のための障害給付金又は年金の受給者である。
- 障害者の記載がある移動インクルージョンカードの保有者である。
- 成人障害者手当（AAH）の受給者である。

又、一部の職業指導は、RQTH と同等の役割を果たします。そのため、たとえば、あなたが障害者権利自立委員会から就労支援・サービス機関（ESAT）、労働市場、又は、職業リハビリテーションセンター（CRP）へオリエンテーションされている場合は、RQTH を申請する必要はありません。

あなたは権利と給付金を申請しました。

2005 年 2 月 11 日法に則り、CDAPH の決定に基づき、MDPH チームが、あなたの状況とあなたのニーズについての表明を審査の上、補填のための支援を受ける権利を付与します。

F**家族補助者の生活**家族補助者としてのニーズを
表明したい場合

本頁は障害者の家族補助者を対象としており、記入は任意です。家族補助者とは、障害者を日常的に援助する、障害者の家族、身近な者等を指します。数人の家族補助者がニーズを表明したい場合は、それぞれが別々に記入してください。あなたは MDPH に、現在、障害者に提供している援助とあなたの希望とニーズを説明することができます。

F1 家族補助者の状況とニーズ

家族補助者の姓 :

家族補助者の名 : 生年月日 :

家族補助者の住所 :

被補助者の氏名 :

あなたと障害者の関係 :

障害者と一緒に生活していますか : ☐ いいえ ☐ はい 年 月 日より現在、仕事をしていますか : ☐ はい ☐ いいえ ☐ 障害者への援助による職業活動の減少**提供している援助の内容**

- | | |
|---|---|
| ☐ 責任を伴う見守り／付き添い | ☐ 各介護専門者等の調整 |
| ☐ 住宅内における移動の援助 | ☐ 行政・司法手続の管理 |
| ☐ 外部における移動の援助 | ☐ 財政管理 |
| ☐ 住宅と衣服関係の手入れの援助 | ☐ 活動（レジャー、外出等）による元気づけ |
| ☐ 身体の衛生状態の維持の援助 | ☐ コミュニケーションと社会関係に関する援助 |
| ☐ 食事の準備の援助 | ☐ 医療的指示の遂行の援助 |
| ☐ 食事の援助 | |
| ☐ その他 具体的に記入してください : | |

誰があなたと共に障害者を援助していますか？☐ 1 人または複数人の専門家 ☐ 家族又は身近な者の 1 人（又は複数人）☐ 申請者の家族補助者は私 1 人のみ**あなたは援助において支援を受けていますか？**☐ いいえ ☐ はい 具体的に記入してください :何か支障がある時に、代わりの ☐ はい 誰かを記入してください :人間がいますか？ ☐ いいえ

姓 :

名 :

F**家族補助者の生活****家族補助者としてのニーズを
表明したい場合**

あなたは、現在、下記のいずれかの状況にあるか、近い将来そうなりますか

- | | |
|--|---|
| ☐ 遠距離である（引っ越し） | ☐ 健康上の問題 |
| ☐ 長期間の援助不可能状態
（外国滞在、入院等） | ☐ 職業状況の大きな変化 |
| ☐ 個人的状況の大きな変化
（別居、配偶者の死去、老人ホーム等入居） | ☐ 現在の援助の継続が困難になる
（疲労、加齢等） |

☐ その他 具体的に記入してください：**F2****家族補助者としての希望**

- | | |
|---|--|
| ☐ 毎日、休息が取れる | ☐ 金銭的代償を得る |
| ☐ 必要な場合に代わってもらえる | ☐ 他の補助者との交流 |
| ☐ 不測の事態の際に代わってもらえる | ☐ 家族の障害者を介護する専門家との交流 |
| ☐ 週末／休暇の外出の際に代わってもらえる | ☐ 精神的支援を受ける |
| ☐ 職業活動を再開／強化／維持する | ☐ 家族の障害者により良く向き合うためにアドバイスを受ける |
| ☐ 社会的関係を取り戻す／強化する／維持する | ☐ 老齢年金に無料で加入する |

☐ その他 具体的に記入してください：

あなたの希望に応えるサービス又は機関を知っていますか？

「はい」の場合はその名称を記入してください。

既存の制度や補助金について更なる知識が必要ですか：

- ☐
- あなた自身のために
- ☐
- あなたから援助を受けている障害者のために

あなたの補助者としての生活に関して伝えたい情報がありますか

補助者の署名：
