

時津町長 様

申請年月日

年 月 日

次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|-----|-------------|------|---------------|-------|--|--|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 申請者 | 居住地 | 〒 | | | | |
| | | 電話番号 | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 支給申請に係る児童氏名 | | | 続柄 | | |
| 申請者 | 身体障害者手帳番号 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | |
| 申請者 | 療育手帳番号 | | 自立支援医療(精神)番号 | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|----------------------|--------------------|--|
| サービス利用の状況 | 地域生活支援福祉サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| | 介護給付訓練等給付 | 障害程度区分の認定 | 有・無 | 区分 1 2 3 4 5 6 | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| | 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援()・要介護 1 2 3 4 5 | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | |
| 世帯区分 | | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般1 <input type="checkbox"/> 一般2 | | | | | |

| 申請する支援の種類・内容 | |
|-------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 移動支援事業 | 時間/月 |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業 | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 | 日/月 |
| | |
| | |
| | |

| | | | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| フリガナ | | 申請者との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |

| 調査同意書 | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 地域生活支援事業の支給決定に必要なある場合には、この申請に係る、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を時津町が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。 | |
| 申請者氏名 | |