

地域生活支援事業 支給申請書

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 氏名	生年月日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号	
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		続柄	
身体障害者 手帳番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	
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 氏名		申請者 との関係
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	