

地域生活支援事業利用申請書

決裁	課長	副課長	係長	係	申請内容 のおり 支給決定 してよろ しいか。	西条市福祉事務所長 殿 次のおり申請します。 申請年月日 年 月 日
決裁年月日						

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名	印				
	個人番号					
	居住地	〒	電話番号			

フリガナ		生年月日	年 月 日		
支給申請に係る 児童氏名		年齢	歳	続柄	
個人番号					

身体障害者 手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名	
特別障害者手当又は 障害児福祉手当の受給状況	有・無			受給開始年月日			

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	区分 期間		
		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						

申請する サービス	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	回/月
	<input type="checkbox"/> タイムケアサービス事業	回/月
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業（身体介護無し）	時間/月
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業（身体介護有り）	時間/月
	上記サービスの利用を申請する理由	

負担上限月額 に関する認定	<p>次の区分の適用を申請します。</p> <p>（あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 生活保護受給世帯 市民税非課税世帯に属する者 市民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者
------------------	---

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）		
氏名	印	申請者との関係	
住所	〒	電話番号	