

地域生活支援事業 支給申請書

つるぎ町長 殿

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				
	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			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	障害支援区分の認定	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 <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	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	
<input type="checkbox"/> 更正訓練費給付事業	

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つるぎ町が官公署、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	