様式第１号（第６条関係）

地域生活支援事業支給申請書

粕 屋 町 長　様

次のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  障害児氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 続　　柄 | |  | | | | | |
| 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 | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用の状況 | 障害福祉  関係サービス | | | 障害程度  区分の認定 | 有・無 | | | 区分　１　２　３　４　５　６ | | | | | | | | 有効  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 | 地域生活支援事業サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | □移動支援 | | | | | | | □日中一時支援事業 | | | | | | | | □生活サポート事業 | | |
| 内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| 氏　　　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | |