

地域生活支援給付費支給申請書

(移動支援事業・日中一時支援事業・訪問入浴サービス事業・通所入浴サービス事業)

三春町長 様

三春町地域生活支援給付事業実施要綱第3条により、次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	個人番号				
	居住地	〒		電話番号	
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	支給申請に係る障がい児氏名				
	個人番号			続 柄	
	身体障がい者手帳番号	療育手帳番号		精神障がい者保健福祉手帳番号	

サービス利用の状況	障がい福祉関係サービス	障がい支援区分の認定	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	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				
申請する支援の種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業 <input type="checkbox"/> 通所入浴サービス事業				
	内容	※利用を申請する理由  ※利用予定の日数・時間  ※利用予定の事業者名				

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