地域生活支援給付費支給申請書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 |  |
| 続柄 |  |
| 個人番号 |  |
| 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 |
| 申請する支援の種類・内容 | 種　別 | □　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 |
| 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 | □申請者（本人）　　□本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |