

様式第1号(第4条関係)

地域生活支援事業支給申請書
(身体・知的・精神・児童)

(新規・変更・更新)

千曲市長 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	
支給申請に係る 障害児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	個人番号:		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	障害福祉サービス	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"/> 移動支援	【申請理由】	【利用予定事業所】
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	【申請理由】	【利用予定事業所】
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	【申請理由】	【利用予定事業所】

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
		電話番号	

市 確 認 欄	自己負担額及び対象者区分に関する認定(該当する項目にチェックを入れる)		
	<input type="checkbox"/>	1、生活保護受給世帯	
	<input type="checkbox"/>	2、市町村民税非課税世帯	
	<input type="checkbox"/>	3、市町村民税課税世帯	
	※世帯の範囲は支給決定障害者及び支給決定障害者と同一の世帯に属する者(障害者は本人及び配偶者)		
	<input type="checkbox"/> 重症心身障害者・医療的ケア児・強度行動障害者・その他()		