地域生活支援事業支給申請書

苫小牧市福祉部長　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 | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日（　 歳） | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 居 住 地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | 年 　　月 　　日（　 歳） | | | | |
| 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 | 障害支援  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 　１　２　・　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 | サービスの種類 | | | | | | | | 内容 | | |
| □地域活動支援センター事業 | | | | | □Ⅰ型 | | |  | | |
| □Ⅱ型 | | |  | | |
| □Ⅲ型 | | |  | | |
| □Ⅳ型 | | | □Ａ　□Ｂ | | |
| □Ⅴ型 | | | □Ａ　□Ｂ　□Ｃ | | |
| □移動支援事業 | | | | | □身体介護あり | | |  | | |
| □身体介護なし | | |  | | |
| □日中一時支援事業 | | | | |  | | |  | | |
| 世帯区分 | □生活保護世帯  □市民税非課税世帯  □市民税課税世帯 | | 世帯範囲の特例 | | □下記のいずれにもあてはまるため、住民票の世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及び配偶者のみの世帯とすることを申請します。  １．税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。  ２．医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。 | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |