

(身体障害者 知的障害者 児童)

居宅生活支援費 施設訓練等支援費 支給申請書

高原町長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ	-----		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	氏名			性別	男・女			
	居住地	〒						
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	-----		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
				性別	男・女	続柄		
利用者負担額扶養義務者分対象者氏名	フリガナ	-----		居住地	電話番号			続柄
	身体障害者手帳番号				療育手帳番号			
サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等						
	施設サービス	利用中の施設名等						
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5			
居宅生活支援費	申請する支援の種類・内容							
	居宅介護	デイサービス		短期入所		知的障害者地域生活援助		
施設訓練等支援費	身体障害者更生施設 (入所・通所)		身体障害者療護施設 (入所・通所)		身体障害者授産施設 (入所・通所)			
	知的障害者更生施設 (入所・通所)		知的障害者授産施設 (入所・通所)		知的障害者通勤寮			
	心身障害者福祉協会の設置する福祉施設							
届出者	フリガナ	-----		代理人		代行者		
	氏名			申請者との関係				
	住所	〒						

同意書

居宅生活支援費及び施設訓練等支援費の決定に際し必要があるときは、私及び私の世帯員に係る所得及び課税の状況について、官公署に調査を囑託し、又は地方税法に基づく住民税の課税台帳により確認されることに同意します。

申請者氏名

印