

寒川町地域生活支援サービス支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)寒川町長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

地域生活支援サービスの支給について、次のとおり申請します。

申請にあたり、関係書類等を添付します。

受給者	フリガナ			生年月日								
	氏名											
	居住地及び連絡先					電話番号						
利用者	フリガナ			受給者からみた続柄	生年月日							
	氏名											
対象となる要件		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 更正相談所等における知的障害等判定書等		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金(精神障害事由による) <input type="checkbox"/> 自立支援資料受給者証(精神通院)								
移動支援	希望する支給量等	時間/月		<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし								
	支給開始希望日											
日中一時支援	希望する支給量等	日/月		<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 食事提供								
	支給開始希望日											
他のサービス利用状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	
		利用中のサービス内容										
	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
		利用中のサービス内容										
個人番号	受給者											
	利用者											

備考 当該申請の利用に児童に係る場合、利用者の欄には児童、受給者の欄にはそれに係る保護者について記入してください。