

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) 利用者が18歳以上の場合は本人氏名等、18歳未満の場合は保護者の氏名等を記入ください。

申請者 住所 寒川町宮山165  
氏名 寒川 一郎

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	サムカワ イチロウ		生年月日	1990年1月1日								
	氏名	寒川 一郎											
	居住地及び連絡先	寒川町宮山165		電話番号	0467-74-1111								
利用者	フリガナ	サムカワ タロウ	受給者からみた続柄	子	生年月日	2010年4月4日							
	氏名	寒川 太郎											
対象となる要件	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金(精神障害事由による) <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"/> 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	20時間/月		<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし									
	支給開始希望日	2022年4月1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		
	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
個人番号	受給者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	利用者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	4	5	6

記入不要

申請者欄に書かれた方の氏名等を記入して下さい。

利用者が18歳未満の場合のみ記入して下さい。

記入不要

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。