

(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

美 唄 市 長

次の通り申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 昭和	大正 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
	氏名		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					続柄
	氏名		電話番号					
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							
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 知的障害者地域生活援助				
施設訓練等支援費	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設 (入所・通所)			<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設 (入所・通所)		
	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設 (入所・通所)			<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮		
	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 代行者			
	氏名		申請者との関係					
	住所	〒						