

(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

(あて先) 市(町村)長

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 ----- 氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	居住地	〒	性別	男・女		
	電話番号					
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	フリガナ ----- 氏名	印	代理人	代行者		
			申請者との関係			

出 者	居住地	〒	電話番号
--------	-----	---	------