

様式第1号(第5条関係)

地域生活支援事業支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先)伊予福祉事務所長
次のとおり申請します。

申請者(本人)	受給者証番号					申請年月日	年 月 日		
	フリガナ					生年月日	明治 大正 年 月 日		
	氏名	⑩					昭和 平成 年 月 日		
	居住地	〒				電話番号 ()			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ					生年月日	年 月 日		
	氏名					続柄			
身体障害者手帳番号				療育手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号		
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間			
		利用中のサービスの種類と内容等							
サービス利用の状況	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5				
		利用中のサービスの種類と内容等							
申請するサービス	サービスの種類		申請に係る具体的内容						
	<input type="checkbox"/> 移動支援		<input type="checkbox"/> 身体介護あり()時間/月 <input type="checkbox"/> 身体介護なし()時間/月 <input type="checkbox"/> 通学支援()回/月 <input type="checkbox"/> 通所支援()回/月						
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		()日/月 (特定月()日/月)						
申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) ※ 世帯とは、住民票上の世帯をいいます。 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの								

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏名	⑩		
住所	〒		電話番号 ()