|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第１号（第６条関係） |  |  |  |  |  |  |
|  | 地域生活支援事業支給申請書 |  |
| 阿　南　市　長　宛　て |  | 申請年月日 | 　 年 月 日 |
| 次のとおり、地域生活支援事業の支給を申請します。 |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 氏名 |  | ㊞ |
| 居住地 | 〒  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 続　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 療育手帳番号 |  | 自立支援医療(精神)番号 |  |
|  |
| サービス利用の状況 | 地域生活支援福祉サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護給付訓練等給付 | 障害程度区分の認定 | 有・無 | 区分 １ ２ ３ ４ ５ ６ | 有効期間 | 　　 年 月 日から　　 年 月 日まで |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 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 |
| 世帯区分 | □生活保護世帯　□低所得　□一般　 |
|  |
| 申請する支援の種類・内容 |
| □ 移動支援事業 | 　　　　　　時間／月 |
| □ 日中一時支援事業 | 　　　　　　日／月 |
| □ 福祉ホーム | 　　　　　　時間／月 |
| □リフト付きワゴン車 | ３回（半日）／月 |
|  |  |
|  |  |
|  |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□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 |  |  |
| 住所 | 〒  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
|  |
| 調　査　同　意　書地域生活支援事業の支給決定に必要のある場合には、この申請に係る、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況その他必要な事項を、阿南市が、官公署又は関係人に対し、調査又は報告を求めることに同意します。 |
|  | 申請者氏名 |  | ㊞ |