

地域生活支援事業支給申請書
(移動支援事業・日中一時支援事業)

年 月 日

台東区長 殿

下記のとおり地域生活支援事業(移動支援事業・日中一時支援事業)を申請します。

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名					
	居住地	〒			電話番号	
フリガナ					生年月日	年 月 日 (歳)
支給申請に係る 児童氏名						
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神保健福祉 手帳番号		疾病名
等級	級・度	障害名				
緊急 連絡先	氏名	続柄 ()		勤務先	連絡先	

申請内容	<input type="checkbox"/> 移動支援(介護あり)	時間/月	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 通学支援(介護あり)	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 移動支援(介護なし)	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 通学支援(介護なし)	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (一般型)	回/月	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (医療的ケア支援型)	回/月	

台東区から支給されている地域生活支援事業の提供に要する費用の額の受領を委託事業者に委任すること、利用者負担の算定及び給付費の支払い審査のため世帯の住民基本台帳及び住民税課税台帳を確認すること並びにサービス提供事業者及び通学先の学校等に対して利用状況の確認をすることに同意します。

申請者氏名 _____

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)
氏名		申請者との関係
住所	〒	
	電話番号	