

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)

記入例

令和〇〇年△△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 氏名 | タイウ タロウ 台東 太郎 | 生年月日 | 昭和AA年BB月CC日 (〇〇歳) |
| | 居住地 | 〒111-8615 台東区東上野4-5-6 電話番号 03-5246-1202 | | |
| フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名 | | タイウ イチロウ 台東 一郎 | 生年月日 | 平成XX年YY月ZZ日 (〇歳) |

| | | | | | |
|---------------|------------|---------------|-------|-----|-----|
| 身体障害者 手帳番号 | 療育手帳 番号 | 精神障害者 手帳番号 | 等級 | 級・度 | 障害名 |
| 緊急 連絡先 | | 氏名 | 続柄() | | 勤務先 |

申請者の欄にサービスを利用される方の氏名、生年月日、居住地、電話番号を記入して下さい。
※サービス利用者が18歳未満の場合、申請者の欄に保護者の方の情報を記入して下さい。その下の欄にサービスを利用する児童の氏名、

| | | | |
|---|---|------|------------|
| ご希望のサービスに☑をつけて下さい | 申請内容 | | 申請に係る具体的内容 |
| | <input type="checkbox"/> 移動支援(介護あり) | 時間/月 | |
| | <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(放課後支援型) | 回/月 | |
| <input type="checkbox"/> 日中一時支援(医療的ケア支援型) | 回/月 | | |

申請書提出者が申請者本人の場合は「申請者本人」に☑をつけて下さい。
申請書提出者が申請者本人以外の場合は、申請書提出者の情報を記入して下さい。

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委任すること、利用者負担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利用状況の確認をすることに同意します。

申請者氏名の欄に申請者本人の名前を記入して下さい。

申請者氏名 台東 太郎

| | | | |
|--------|--|---------|---|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| 氏名 | 台東 花子 | 申請者との関係 | 妻 |
| 住所 | 〒111-8615 台東区東上野4-5-6 電話番号 03-5256-1202 | | |