

(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

鶴居村長 様

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		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成
	氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女
	居住地	〒	電話番号	
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
		性別	男 ・ 女	
利用者負担額扶養 義務者分対象者氏名	フリガナ	居住地	〒	続柄
			電話番号	
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 (種類) ホームヘルパー・デイサービス・短期入所・その他 [ ] (内容) 週 回 [月・火・水・木・金・土・日] (時間・利用事業所名)		
	施設サービス	利用中の施設名等 (利用施設名) (利用開始年月日)		
	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
申請する支援の種類・内容				
居宅生活支援費	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 知的障害者地域生活援助
	(利用回数) 週 回 / 午前・午後 [月・火・水・木・金・土・日] (サービス内容) 掃除・洗濯・買い物調理・入浴介助・食事介助・通院介助 その他 [ ] (希望事業所)	(利用回数) 週 回 / 半日・1日 [月・火・水・木・金・土・日] (サービス内容) 給食・入浴・送迎・作業 その他 [ ] (希望事業所)	(利用日数)  送迎 / 要 ・ 不要  (希望事業所)	グループホーム名
施設訓練等支援費	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設 (入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設 (入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 心身障害者福祉協会の設置する福祉施設		<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮	
届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒	電話番号	

同意書

私を含む世帯全員は、支援費支給申請に必要な申請内容について、確認のため関係機関等に照会することに同意いたします。

氏名

Ⓜ

※居宅生活支援費の申請は利用者本人が18歳未満の場合、保護者が申請者となります。