

地域生活支援事業（支給・支給変更）申請書

上板町長 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 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名		受給者証番号					
	居住地	〒						
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
			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				

他サービスの 利用状況	介護給付 訓練等給付	利用中のサービスの種類と内容等									
	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
	生活保護受給 の有無	有 ・ 無 (有の場合生活保護受給証明を提出してください)									

申請又は変更申請する支援の種類・内容					
申請する サービス	種類	移動支援	経過的デイサービス	日中一時支援	
	申請内容等	新規			(申請又は変更の理由及びその内容)
		変更			
	追加				

申請書提出者	申請者本人	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		

調 査 同 意 書	
地域生活支援事業の支給決定に必要な場合は、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上板町長が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。	
支給申請者等氏名・印	_____ 印