

第1号様式(第4条関係)

茅ヶ崎市地域生活支援事業サービス費支給申請書

(あて先)茅ヶ崎市長		年 月 日		
		申請者氏名		
次のとおり地域生活支援事業サービス費の支給を申請します。				
申請者	ふりがな氏名	生年月日		年 月 日
	居住地及び連絡先	電話番号		
障害児	ふりがな氏名	申請者との続柄		
	生年月日	年 月 日		
所持する手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他			
介護給付費等の受給状況	障害支援区分の認定	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	有効期間	年 月 日まで
	利用中のサービスの種類、内容、施設名等			
障害児通所給付費等の利用状況	利用中のサービスの種類、内容、施設名等			
介護保険	要介護等認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護等状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援()
	利用中のサービスの種類、内容等			
希望する地域生活支援サービス及び支給量	<input type="checkbox"/> 移動支援	時間		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	日/月		

- 備考 1 「障害児」の欄は、申請者が障害児の保護者である場合に当該申請に係る障害児について記入してください。
- 2 「介護給付費等の受給状況」の欄は、「有」の□にレ印を記入した場合は、()に障害支援区分を記入してください。
- 3 「介護保険」の欄は、「要介護」又は「要支援」の□にレ印を記入した場合は、()に要介護状態区分又は要支援状態区分を記入してください。