

( 身体障害者 知的障害者 障害児 ) 居宅生活支援費 支給申請書

幸田町長 殿

申請年月日 平成 年 月 日

次のとおり申請します。

太枠内を記入してください。

受給者証番号	2	3	5	0	1	0				
--------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

申請者	フリガナ		生年月日	明治・大正	年	月	日			
	氏名		性別	男	・	女				
	居住地	〒444-01								
		電話番号 ( )								
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	明治・大正	年	月	日			
			性別	男	・	女				
身体障害者手帳		療育手帳番号								
利用者扶養義務者分対象者氏名	フリガナ		居住地				続柄			
			電話番号	( )						
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 種別 内容 居宅介護事業(ホームヘルプ) 身体障害者 デイサービス事業 知的障害者 短期入所事業 障害児 地域生活援助事業(グループホーム)								
	施設サービス	利用中の施設名 種別 入所・通所の別 身体障害者 入所 知的障害者 通所 障害児								
	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	居宅介護		デイサービス		短期入所		知的障害者地域生活援助			
	身体介護	時間/月	創作活動型	日/月	日/月		支給期間に含まれる日数			
	家事援助	時間/月	上記以外	日/月	医療機関利用を希望					
	移動介護	時間/月	うち入浴	回/月	遷延性意識障害児(者)					
	日常生活	時間/月	給食	回/月	重症心身障害児(者)					

以下の欄は、申請者と届出者が同一の場合は、記入の必要がありません。

届出者	フリガナ		代理人	申請者との関係
	氏名		代行者	
	居住地	〒		
電話番号 ( )				

処理欄	添付書類	聞き取り調査	調査員氏名	審査	支給決定