

様式第1号（第4条関係）

富谷市地域生活支援事業利用及び給付申請書

年 月 日

富谷市長 あて

〈申請者〉 住 所 _____
 氏 名 _____
 個人番号 _____
 続 柄 _____
 電 話 _____ - _____ - _____

下記により、地域生活支援事業の利用を申込みます。なお、給付決定にあたり、私の世帯の市町村民税課税状況や所得等の状況について関係機関に照会・調査することに同意します。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)				
	住所				個人番号					
	障害者手帳の有無		有・無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 第 号 種 級						
				<input type="checkbox"/> 療育手帳 第 号 A・B						
				<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 第 号 級						
	障害者手帳の障害名									
	障害支援区分		1 2 3 4 5 6			有効期間				
	介護保険認定の有無		有・無	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5				
	<input type="checkbox"/> 意思疎通支援事業		利用内容		<input type="checkbox"/> 手話通訳者	<input type="checkbox"/> 要約筆記員	<input type="checkbox"/> 代筆・代読ヘルパー			
			利用日		年 月 日 () 時 分～ 時 分まで					
利用回数			回／月							
(ストマ及び紙オムツは 最大6ヶ月分まで申請可)		用具の名称	<input type="checkbox"/> ストマ装具 消化器系・尿路系							
			<input type="checkbox"/> 紙オムツ							
			<input type="checkbox"/> その他 ()							
		申請月		月～月分						
事業所名										
希望する型式等		<input type="checkbox"/> 前回と同じ								
<input type="checkbox"/> 移動支援事業		利用時間 時間／月								
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業		利用回数	回/月	希望事業所						
<input type="checkbox"/> 自動車運転免許取得費給付事業		教習所名								
		教習所所在地								
		教習開始年月日		年 月 日						
		教習要する費用		円						
<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		利用日数	日/月	希望事業所						
目的										
備考										

市使用欄	生活保護・低所得・一般			月額負担上限額	円
------	-------------	--	--	---------	---