

(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

(あて先)〇〇市(町村)長

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		性 別	男 ・ 女					
	居 住 地	〒							
		電話番号							
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					
			性 別	男・女	続柄				
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							
	施設サービス	利用中の施設名等							
	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
利用中のサービスの種類と内容等									
居宅生活 支援費	申請する支援の種類・内容								
	☐ 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					
施設訓練等 支援費	☐ 身体障害者更生施設 (入所・通所)		☐ 身体障害者療護施設 (入所・通所)		☐ 身体障害者授産施設 (入所・通所)				
	☐ 知的障害者更生施設 (入所・通所)		☐ 知的障害者授産施設 (入所・通所)		☐ 知的障害者通勤寮				
	☐ 心身障害者福祉協会 の設置する福祉施設								
届出者	フリガナ				☐ 代理人		☐ 代行者		
	氏 名	印			申請者との関係				
	居 住 地	〒							
		電話番号							