様式第１８号(第４５条・第５５条・第７０条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地域生活支援事業(移動・日中一時・訪問入浴)利用申請書  小野町長　様  以下のとおり申請します。 | | | |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外　（下の欄に記入） | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　　　　名 | 印 |
| 住　　　　　所 | 〒  電話番号 （　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者  ）本  人  （ | 受給者証番号 | |  | | | | | | | 申請年月日 |  | |
| フ リ ガ ナ | |  | | | | | | | 生 年 月 日 |  | |
| 氏　　　名 | | 印 | | | | | | |
| 居　住　地 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | | |  | | | | | | | 生 年 月 日 |  | |
| 支給申請に係る  児　童　氏　名 | | |  | | | | | | |
| 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 |  |
| サ  ｜  ビ  ス  利  用  の  状  況 | 障害福祉  関係サービス | | 障害支援  区分の認定 | 有・無 | | | 区分　１　２　３　４　５　６ | | | | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | |
| 介護保険  サービス | | 要介護認定 | 有・無 | | | 要介護度 | | 要支援（　 　）・ 要介護　１　２　３　４　５ | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | |
| 地域生活  サービス | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | |
| 申 請 す る サ  ｜ ビ ス | サービスの種類 | | | | | 申請に係る具体的内容 | | | | | | |
| □移動支援 | | | | | □身体介護あり（　　）時間／月  □身体介護なし（　　）時間／月 | | | | | | |
| □日中一時支援 | | | | | （　　　　）日／月 | | | | | | |
| □訪問入浴サービス | | | | | □１回／週 | | | | | | |
| 変 更 理 由 |  | | | | | | | | | | | |
| 申 請 す る 減 免 の 種 類 | □負担上限月額に関する認定  　下記の区分の適用を申請します。（あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまら ない場合は空欄とすること。）　※　世帯とは、住民票上の世帯をいいます。  　１．生活保護受給世帯  　２．市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の  　　合計額が８０万以下のもの  　３．市町村民税非課税世帯に属する者であって、２以外のもの | | | | | | | | | | | |