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 |