様式第１号

地域生活支援事業　支給申請書

有田川町長　様　　申請年月日　　年　月　日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	㊞		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	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			精神障害者保健福祉手帳番号	
療育手帳番号			自立支援医療（精神）番号	

サービス利用の状況	地域生活支援福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	介護給付訓練等給付	障害支援区分の認定	有・無	区分　１　２　３　４　５　６	有効期間	年　月　日から 年　月　日まで
		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				
世帯区分		□生活保護　□低所得　□一般　□一般２				

申請する支援の種類・内容	
□ 移動支援事業	時間／月
□ 日中一時支援事業	日／月

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			
住　所	〒 電話番号		

調　査　同　意　書

地域生活支援事業の支給決定に必要のある場合には、この申請に係る、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を有田川町が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

申請者氏名　　㊞