記入例

太枠部分の記入・捺印をお願いします。

地域生活支援事業　支給申請書

継続

有田川町長　様

申請年月日　令和8年6月5日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	カナヤ　タロウ	生年月日	昭和62年1月1日
	氏　名	金屋　太郎　印		
	居住地	〒 643-0153 和歌山県有田郡有田川町大字中井原136番地2 電話番号　0737-52-2111		
フリガナ 支給申請に係る対象者（児童）氏名		カナヤ　ハナコ 金屋　花子	生年月日 続柄	令和5年1月1日
身体障害者手帳番号		和歌山県：有田　再発行 第　1号	精神障害者保健福祉手帳番号	県 第　号
療育手帳番号		県 第　号	自立支援医療（精神）番号	第　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	障害程度区分の認定	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 短期入所10日/月				
	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				

記入不要です

申請する支援の種類・内容

☐変更なし（現在の内容については、更新案内の「サービス名称・支給量」に記載しています。）

現在と変更がある場合のみ下記にご記入ください

☐変更あり

・移動支援事業	時間／月
・日中一時支援事業	日／月

変更ありなしのどちらかに☑を付けてください。
変更がある場合は、移動支援、日中一時支援の利用時間や利用日をご記入ください。

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		

申請者（障害児の場合は保護者）以外が提出する場合は記入してください

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　　金屋　太郎　印