第１号様式

**更　新**

この申請書は郵送可能です。（出張所・連絡所でもお預かりします。）　障害福祉課

**船橋市地域生活支援サービス事業費支給申請書兼利用者負担額減免申請書兼支給額変更申請書**

**年　　月　　日**

**船橋市長　あて**

**次のとおり申請します**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | 明治・大正・昭和・平成  年　　　　月　　　　日生 | | | | | |
| 氏名 | | 個人番号： | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒　　－  電話番号　　　　－　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | 平成  令和 | | 年　　　月　　　日生 | | | |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | | | 個人番号： | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | 疾病名 | |  |
| サービス利用の状況 | 地域生活支援  サービス事業 | | | 利用中のサービス事業の種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害福祉  サービス | | | 障害支援区分  の認定 | | | 有・無 | | | 区分 | １　２　３　４　５　６ | | | | | | | 有効期限 | | |  | |
| 利用中のサービス事業の種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | |  | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 利用中のサービス事業の種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する地域生活支援サービス事業の種類 | 地域生活支援サービス事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 申請に係る具体的内容 | | | | | | |
| □障害者等移動支援事業 | | | | | | □移動介護  □通学通所支援 | | | | | | □身体介護あり  □身体介護なし | | | □　追加申請　　　□　取消申請 | | | | | | |
| □重度身体障害者等入浴サービス事業 | | | | | | | | | | | | | | | □　追加申請　　　□　取消申請 | | | | | | |
| □障害者等日中一時支援事業 | | | | | | | | | | | | | | | □　追加申請　　　□　取消申請 | | | | | | |
| 申請する利用者負担額減免の理由 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する支給額変更の理由 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 16歳以上19歳未満の扶養親族の数 | | | | | | | | 人 　　※該当する年齢の扶養親族がいる場合に記入してください | | | | | | | | | | | | | | |
| 未婚のひとり親 | | | | | | | | * 該当　　 ※該当する場合にチェックしてください | | | | | | | | | | | | | | |
| 【職員記入欄】　　 □　離別　　　□死別 | | | | | | | | | | | | | | |

**【同意欄】**

船橋市地域生活支援サービス事業費の支給に関して、支給決定に必要な項目（世帯構成、市民税の税額、要介護認定等）の調査を行うことに同意します。また、左記において個人番号による世帯員の照会を行うことに同意します。

氏　名：

※サービス利用者が１８歳未満の場合は保護者氏名

回・障害・⑩