

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			
	氏名			年	月	日生	
	個人番号						
	居住地	〒 -					
		電話番号 - -					
	フリガナ		生年 月日	平成	年	月	日生
	支給申請に係る 障害児氏名		続柄				
	個人番号						

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
	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				
	受給者証番号					

申請する地域生活 支援 サービスの種類	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		
	<input type="checkbox"/> 障害者等移動支援事業	<input type="checkbox"/> 移動介護 <input type="checkbox"/> 通学通所支援	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	<input type="checkbox"/> 追加申請	<input type="checkbox"/> 取消申請	
	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者等入浴サービス事業				<input type="checkbox"/> 追加申請	<input type="checkbox"/> 取消申請
	<input type="checkbox"/> 障害者等日中一時支援事業				<input type="checkbox"/> 追加申請	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当	※該当する場合にチェックしてください				
	【職員記入欄】	<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> 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： _____