記入例

能です。（出張所・連絡所でもお預かりします。）　障害福祉課

利用開始日	／	～

ネ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

太枠内を記入してください。

船橋市長　あて

次のとおり申請します

申請者	フリガナ	フナバシ　タロウ	生年月日	明治・大正・昭和・平成 ５５年　１月　１日生
	氏名	**船橋　太郎** 個人番号：123456789012		
	居住地	〒２７３－００８５ 船橋市湊町２－１０－２５ 電話番号　０４７－４３６－２３４６		
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ	フナバシ　ジロウ	生年月日	平成　２０年　１月　１日生
		船橋　次郎 個人番号：012345678901	続柄	**長男**

身体障害者手帳番号		療育手帳		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
障	
介	
サービス	

・申請者本人の内容を記入してください。
・支給希望者が１８歳未満の場合は、申請者は保護者の内容を記入し、支給申請に係る障害児氏名の欄に、支給希望者の内容を記入してください。

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	
□重度身体障害者等入浴サービス事業			
□障害者等日中一時支援事業			

申請するサービスをチェックしてください。

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	

該当する場合にのみ、それぞれご記入ください。

16 歳以上 19 歳未満の扶養親族の数	１　人
未婚のひとり親	☑ 該当
	【職員記入欄】　☑ 離別　□死別

【同意欄】

船橋市地域生　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　た、左記において個人番号により世帯員の照会を行うことに同意します。

申請者の氏名を記入してください。

氏　名：　**船橋　太郎**