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（年度更新用）

申請日　　年　　月　　日

船橋市長あて
次の通り申請します。

申請者兼同意者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	居住地	〒
	電話番号	
支給申請に係る障害児	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	続柄	

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、上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。

来年度希望するものを1～4の中からチェック☑してください。

☐　**1．現在と同じサービスを利用したい**

☐　**2．更新は不要**

☐　**3．一部サービスを追加したい（残りは今年と同様のサービス）**

- ☐　**移動支援（移動介護）**
- ☐　**移動支援（通学通所）**
- ☐　**日中一時支援**
- ☐　**入浴支援**

3を選択した場合、追加したいサービスにチェックを入れてください。

☐　**4．一部サービスを廃止したい（残りは今年と同様のサービス）**

- ☐　**移動支援（移動介護）**
- ☐　**移動支援（通学通所）**
- ☐　**日中一時支援**
- ☐　**入浴支援**

4を選択した場合、廃止したいサービスにチェックを入れてください。