

記入例

可能です。(出張所・連絡所でもお預かりします。) 障害福祉課

児者切替

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	フナバシ タロウ			生年 月日	明治・大正・昭和・平成							
	氏名	船橋 太郎				55年 1月 1日生							
	居住地	〒273-0085 船橋市湊町2-10-25			電話番号	047-436-2346							
フリガナ				生年	平成 年 月 日生								
支給申請に係る 障害児氏名	太枠の中のみ記入してください。 ・申請者本人の内容を記入してください。												
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
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"/> 身体介護あり								
	<input type="checkbox"/> 障害者等日中一時支援事業		<input type="checkbox"/> 通学通所支援		<input type="checkbox"/> 身体介護なし								
	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者等入浴サービス事業												
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											
未婚のひとり親		<input type="checkbox"/> 該当											
		【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に、申請者の氏名を記入していただき、申請内容について、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）の記入を依頼いたします。また、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。

氏名： 船橋 太郎