

(身体障害者 知的障害者 児 童)
居宅生活支援費 施設訓練等支援費 支給申請書

飛 騨 市 長

次のとおり申請します。 申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	明治 昭和 大正 平成 年 月 日
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	居 住 地	〒 電話番号			
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日
				性 別	男・女 続 柄
利用者負担額扶養 義務者分対象者氏 名	フリガナ			居住地	続柄
				電話番号	
身体障害者手帳番号				療育手帳番号	
サービス利用の 状 況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
	施設サービス	利用中の施設名等			
	介 護 保 険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5
利用中のサービスの種類と内容等					
居宅生活支援費	申請する支援の種類・内容				
	☐ 居宅介護	☐ デイサービス	☐ 短期入所	☐ 知的障害者地域生活援助	
施設訓練等支援費	☐ 身体障害者更生施設 (入所・通所)		☐ 身体障害者療護施設 (入所・通所)		☐ 身体障害者授産施設 (入所・通所)
	☐ 知的障害者更生施設 (入所・通所)		☐ 知的障害者授産施設 (入所・通所)		☐ 知的障害者通勤寮
	☐ 心身障害者福祉協会の設置する福祉施設				
届	フリガナ			☐ 代理人	☐ 代行者
	氏 名			申請者との関係	

出 者	住 所	〒 電話番号
--------	-----	---------------