

地域生活支援事業支給継続申請書

坂井市長 様

次のとおり申請します。

平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	T・S・H	
	氏名			年 月 日	
	居住地	電話番号			
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ		生年月日	T・S・H	
	障害児氏名			続柄	年 月 日
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	

サービス利用の状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	地域生活支援事業サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	障害程度区分	障害程度	有・無	区分	区分 1	2 3 4 5 6
		有効期間				

申請するサービス	<input type="checkbox"/> 移動支援事業		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		
	<input type="checkbox"/> 身体介護を伴わない	時間/月	日/月		
	<input type="checkbox"/> 身体介護伴う	時間/月			
	<input type="checkbox"/> グループ支援	時間/月			
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型				

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外		
しめい氏名		申請者との関係	
住所	電話番号		