

琴浦町長 様

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日		年 月 日	
	氏 名		(印)		個人番号	
	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		年 月 日	
			個人番号			
			続柄			
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

の状況	既利用サービス	障害福祉関係サービス		利用中のサービスの種類と内容等										
		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 5								
			利用中のサービスの種類と内容等					支援事業者及びケアマネージャー氏名						
支援給付費	障がい者地域生活	申請するサービスの種類・内容												
		種類	☐ 移動支援			☐ 地域活動支援センター			☐ 日中一時支援			☐ 訪問入浴サービス		
			☐			☐			☐					
	内容													
事項	算定に関する負担上限月額	☐ 1.生活保護受給世帯 ☐ 2.市町村民税非課税世帯 ☐ 3.市町村民税課税世帯 ※ 前々年1月1日現在、本町に住所が無い場合等、町で税情報等が不明の時は、上記の事実関係を確認できる書類を添付してください。												
申請書提出者		☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）												
フリガナ									申請者					
氏名		(印)							との関係					
住所		〒												
		電話番号												