様式第７号（第８条関係）

|  |
| --- |
| 地域生活支援給付費申請書　　　（宛先）池田市福祉事務所長　　　　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　申請年月日　　　　　 年　　　月　　　日 |
|  | 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 氏　 名 |  |  |
|  | 居　住　地 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |  |
|  | フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 支給申請に係る児童氏名 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 申請するサービスの種類等 | 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　1　2　 ・要介護　1　2　3　4　5 |  |
|  | 　利用中のサービスの種類と内容等 |  |
|  | 地域生活支援給付費 | 申請する支援の種類・内容 |  |
|  | 種類 | □移動支援 | □日中一時支援 | □障がい者デイサービス |  |
| □意思疎通支援 | □移動入浴 |  |
|  | 内容 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 以下のことについて同意します。・利用者負担額を決定するため本人及び扶養義務者、世帯全員の市民税課税台帳を福祉事務所長が閲覧すること。・勘案事項整理票、認定調査等による聞き取り内容について、サービス利用契約を締結した指定事業者から求めがあった場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供すること。申請者氏名　　　　　　　　　　　　 |  |
|  |  |  |