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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |