

天龍村地域生活支援費申請書

天龍村長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正	年 月 日
	氏名	印		昭和	
	居住地	電話番号			
	フリガナ		生年月日		
	障害児氏名		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	

福祉サービス利用の状況	障害福祉サービス	介護給付費、施設訓練等支援費、知的障害児通園施設等利用中のサービスの種類と内容			
	介護保険サービス	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・内容			

	地域生活支援事業の種類	種別	具体的な内容
申請する地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援事業(身体介護あり・なし)	<input type="checkbox"/> 個別支援	
		<input type="checkbox"/> グループ支援	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター 機能強化事業	<input type="checkbox"/> I型	
		<input type="checkbox"/> II型	
		<input type="checkbox"/> III型	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業		
	<input type="checkbox"/> 経過的デイサービス事業		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		

(注) 必要に応じて次の書類を添付してください。

・負担上限月額算定に必要な書類 ・自立支援給付受給者証 ・訪問入浴希望の場合は医師の診断書