様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (身体障害者　知的障害者　児童)  居宅生活支援費　施設訓練等支援費　支給申請書  国頭村長　様  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 |  | | | | | | | | |
| 性別 | | 男　・　女 | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | |
| 性別 | | 男・女 | | | 続柄 | |  | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 居住地 | | 電話番号 | | | | | | | | 続柄 |
| 利用者負担額扶養義務者分対象者氏名 | |  | | | | | | |  |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | | | 療育手帳番号 | | | | |  | | | | | |
| 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・要介護　1　　2　　3　　4　　5 | | | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅生活支援費 | 申請する支援の種類・内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □居宅介護 | | □デイサービス | | | | | □短期入所 | | | | | | | □知的障害者地域生活援助 | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 施設訓練等支援費 | □身体障害者更生施設  (入所・通所) | | | | □身体障害者療護施設  (入所・通所) | | | | | | | □身体障害者授産施設  (入所・通所) | | | | | | | |
| □知的障害者更生施設  (入所・通所) | | | | □知的障害者授産施設  (入所・通所) | | | | | | | □知的障害者通勤寮 | | | | | | | |
| □心身障害者福祉協会の設置する福祉施設 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 届出者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | □代理人 | | | | | □代行者 | | |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 申請者との関係 | | | | |  | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |