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　　　　　　　　　　　　　 |
|  |