

地域生活支援事業支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先) 松山市長  
次のとおり申請します。

申請者 (本人)	受給者証番号		申請年月日	年 月 日		
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名	個人番号:				
	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	個人番号:	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	
サービス 利用の 状況	障 害 福 祉 関 係 サ ー ビ ス	障害支援 区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	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					
申請する サービス	サービスの種類		申請に係る具体的内容			
	<input type="checkbox"/> 移動支援		<input type="checkbox"/> 身体介護あり ( ) 時間/月 <input type="checkbox"/> 身体介護なし ( ) 時間/月			
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		( ) 日/月 (長期休暇月・特定月 ( ) 日/月)			
	<input type="checkbox"/>					
負担上限 月額に 関する 認定	<p>あてはまるものに○をつけてください。 ※ 世帯とは、住民票上の世帯をいいます。</p> <p>1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯</p>					

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		申請者との関係
氏 名		
住 所	電話番号 ( )	