

## 地域生活支援事業費 支給申請書兼利用者負担額・免除申書

(あて先)白山市長  
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		
	支給申請に係る障害児氏名			続 柄			
身 体 障 害 者 手 帳 番 号	県・市 第 号		等 級	種 級			
	障 害 名						
療 育 手 帳 番 号	A・B		精神障害者保健福祉手帳番号			1・2・3 級	
サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	障 害 社 会 障 害 サ ー ビ ス	障 害 程 度 区 分 認 定	有・無	区 分	1・2・3 4・5・6	有 効 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
		※療養介護対象		有・無	※遷延性意識障害		有・無
	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"/> ①移動支援事業		時間/月				
	<input type="checkbox"/> ②日中一時支援事業		回/月				
	<input type="checkbox"/> ③いきいきデイサービス事業		回/月				
	<input type="checkbox"/> ④わくわく活動支援事業		回/月				
	<input type="checkbox"/> ⑤訪問入浴移動支援事業		日/月				
	<input type="checkbox"/> ⑥地域活動支援センター						

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

○負担上限月額に関する認定  
 次の区分の適用を申請します。  
 (当てはまるものに○印を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。)

- 1 生活保護受給世帯
- 2 市町村民税非課税世帯

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			