

様式第6号（第8条第1項関係）

地域生活支援給付費等申請書

豊能町長 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			年 月 日		
	居 住 地	〒 ー				
		電話番号				
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日		
			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		

申請するサービスの状況	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
	地域生活支援給付費	種類	申請する支援の種類・内容				
		内容					

利用者負担額を決定するため本人及び扶養義務者、世帯全員の市町村民税課税状況について豊能町長が調査又は照会することに同意します。

氏名 _____ (印)

勘案事項整理票及び認定調査等による聞き取り内容について、サービス利用契約を締結した指定事業者から求めがあった場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供することに同意します。

氏名 _____ (印)