

地域生活支援事業費支給申請書兼利用者負担額減額等申請書

(宛先)茂原市長

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	〒		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名または届け出者氏名		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種類等	サービスの利用状況	利用中のサービスの内容等		
		日常生活用具の交付履歴		
		種類	申請内容	
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型		
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業		
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	身体介護(あり・なし)		
	/			
減免	<p>月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(該当番号に○をつける)</p> <p>1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：28万円未満)に属する者 4 上記以外</p>			