

様式第1号(第5条関係)

地域生活支援事業申請書

内子町長 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	(印)	生年月日	年 月 日
	居住地	〒		
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種類の種類等	サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等
	居宅サービス	
	施設サービス	利用中の施設名等
	地域生活支援事業	利用中の地域生活支援事業
	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
	申請する支援の種類・内容	

※ 申請する地域生活支援事業のサービスについて記載してください。