

地域生活支援事業支給申請書兼利用者負担額減免申請書

富士宮市長

地域生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

受給者証番号				申請年月日	年	月	日
申請者 (サービス利用者)	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男・女				
	居住地	〒					
				電話番号 () -			
保護者	フリガナ		生年月日	平成	昭和	年	月 日
	氏名		続柄				
手帳番号	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		

現在利用しているサービス			
種類	移動支援	日中一時支援	地域活動支援センター
支給量	時間/ヶ月	日/ヶ月	日/ヶ月
具体的な内容			
介護給付費・訓練給付費の支給状況			障害支援区分

新規に申請するサービス			
種類	移動支援	日中一時支援	地域活動支援センター
支給量	時間/ヶ月	日/ヶ月	日/ヶ月
具体的な内容			

利用者負担額の減免可否の確認のため、申請者および世帯員の課税状況について関係機関に照会し調査することに同意します。

また、富士宮市が委託する事業者に対し、氏名・居住地等必要事項の情報を提供することに同意します。

氏名

以下は記入しないでください。

担当処理欄	生活保護受給	市民税世帯状況	個人コード	身体介護	障害程度認定区分
	受給 ・ 未受給	課税 ・ 非課税		あり ・ なし	