

様式第15号(第49条関係)

地域生活支援事業給付申請書
(移動支援事業・日中一時支援事業)

大玉村長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成	年	月	日
	居住地	〒大玉村		電話番号			
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ		生年月日	平成	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			

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	
		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										
申請する支援の種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 <input type="checkbox"/>										
	内容	(移動支援) ひと月あたり 時間 (日中一時支援) ひと月あたり 日										