

年 月 日

日中一時支援事業
 東北町 生活サポート事業 利用申請書
 その他生活支援事業

東北町長 様

東北町障害者地域生活支援事業実施要綱第4条の規定により下記のとおり申請します。
 なお、前年の所得状況関係を添付しない場合は、公簿等を確認することに同意します。

記

申請者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名						
	居住地			電話番号			
	フリガナ			生年月日	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名			続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号		疾病名	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	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	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												
申請する支援の内容														

(注意) この申請書には、当該障害者等の属する世帯の前年度分市町村民税の課税額を証明する書類及び対象となる障害者または障害児の保護者の前年分の収入がわかる書類を添付すること。