

広陵町日中一時支援事業利用申請書

広陵町長 様

下記のとおり申請します。

届出者氏名 \_\_\_\_\_

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号( )		
	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 ( ) 部位と等級		総合等級 ( 1 2 3 4 5 6 )	
療育手帳	番号 ( ) 判定 A B	精神保健福祉手帳	番号 ( ) 等級 1 2 3	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	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					
申請する支援の内容(用途)	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					
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯であるため、費用負担の減免を希望します。						

※裏面、町記入欄有

