様式第１号

鳥取市障害者地域生活支援給付費支給決定申請書

　鳥取市長　　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 |  |
| 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 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
|  |
| 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 |
| 申請する支援の種類･内容 | 種　類 | □　移動支援事業 | □身体介護を伴う□身体介護を伴わない |
| □　訪問入浴サービス事業 |  |
| □　日中一時支援事業 |
| □　生活サポート事業 |
| □　社会参加促進事業（デイサポート） |
| 内　容 |  |
| 申請する減免の種類 | □　Ⅰ　負担上限月額に関する認定　　　　(あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)　　　１．生活保護世帯　　　２．市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計　　　　　が80万円以下のもの　　　３．市町村民税非課税世帯に属する者であって、２以外のもの |