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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |