

佐久穂町長 様

地域生活支援事業利用申請書

次の通り申請します。なお、申請にあたり世帯の住民税課税状況を閲覧することを同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名		電話番号	
	居住地	〒		
	フリガナ		生年月日	
	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

サービスの 利用状況	障害福祉 関係サービス	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 要介護状態区分 利用中のサービスの種類と内容等

申請する 内容	サービスの種類	事由（一月の利用時間、利用内容等）

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名	印	申請者との関係	
住所		電話番号	