

第1号様式（第5条）

八千代市地域生活支援サービス給付費支給申請書

年 月 日

（宛先） 八千代市長

次のとおり地域生活支援サービス給付費の支給を申請します。

申請者 (保護者)	フリガ 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	個人番号					
	居住地	電話番号				
申請に係る 児童	フリガ 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	個人番号					
	居住地				続柄	
障害の状況	手帳の 種類	身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳		障害の程度		
障害福祉 サービスの 利用状況	障害支援区分	無 ・ 有 (区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)				
	利用中のサービスの 種類・内容等					
介護保険 サービスの 利用状況	要介護認定	無 ・ 有 要支援 () / 要介護 ()				
	利用中のサービスの 種類・内容等					
申請する 地域生活支援 サービス	地域生活支援サービスの種類			申請に係る具体的内容		
	<input type="checkbox"/> 移動支援					
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス					
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援					
世帯の 所得状況	生活保護受給の有無		有 ・ 無			
	市町村民税		課税 ・ 均等割のみ課税 ・ 非課税			

同意書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス及び児童福祉法に基づく障害児通所給付の支給事務にあたり、下記の事項について障害者支援課職員が調査・確認することに同意します。

また、高額障害福祉サービス費等の該当となった場合は、障害者支援課職員が算定に関する手続を行うことに同意します。

記

1. 世帯員の市民税の課税状況に関する事
2. 世帯員の住民基本台帳の閲覧に関する事
3. 個人番号（マイナンバー）の確認及び個人番号を活用した情報連携に関する事
4. 障害福祉サービス費等の算定にあたり必要となる受給者情報を千葉県国民健康保険団体連合会へ提供すること

(あて先) 八千代市長

年 月 日

住 所

申請者との続柄

氏 名

()

氏 名

()

氏 名

()

氏 名

()

氏 名

()