身体障害者施設訓練等支援費支給申請書

土佐清水市福祉事務所長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | | 明治　大正  昭和　平成　　　年 　月 　日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 性別 | | | | 男・女 | | | |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 居住地 | 電話番号 | | | | | | | | 続柄 |
| 利用者負担額扶養 義務者分対象者氏名 | |  | | | |  |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | 療育手帳番号 | | | |  | | | | | |
| サービス利用の状況 | 居宅サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | |
| 施設サービス | 利用中の施設名等 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 施設訓練等支援費 | 申請する支援の種類・内容 | | | | | | | | | | | | | | |
| □　身体障害者更生施設  （入所・通所） | | | □　身体障害者療護施設  （入所・通所） | | | | | | | | | □　身体障害者授産施設  （入所・通所） | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者 | フリガナ |  | | | | | | | | | □　代理人　　□　代行者 | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | 申請者との関係 | | |  | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |