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 |