

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			年 月 日	
	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				
申請する支援の種類・内容	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	<input type="checkbox"/> 移動支援事業			<input type="checkbox"/> 身体介護を伴う <input type="checkbox"/> 身体介護を伴わない	
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業			/	
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業				
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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					