

機能訓練事業申請書

年 月 日

糸魚川市福祉事務所長 様

糸魚川市地域生活支援事業実施要綱第 74 条の規定により下記のとおり申請します。なお、支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承認します。

申請者	フリガナ		生年月日	
	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		精神保健福祉手帳番号
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般			

申請者欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

他の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				
	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	種別	<input type="checkbox"/> 機能訓練教室 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ				
	内容					

以下、申請者と申請書提出者が異なる場合に記入ください。

申請書提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	
通知書等送付先		<input type="checkbox"/> 申請書提出者（申請者以外を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。）		

申請者欄及び申請書提出者欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。