

市川市地域生活支援サービスに係る地域生活支援事業費等支給等申請書

市川市長

申請年月日

令和〇年 〇月 〇日

次のとおり申請します。

本人	（サービスを利用する方）	フリガナ	イチカワ タロウ	生年月日	
		氏名	市川 太郎		
		居住地	〒272-8501 市川市八幡1-1-1	電話番号	047-712-8517 (又はFAX番号)
保護者	（本人が18歳未満の場合のみ記入）	フリガナ	イチカワ ハナコ	生年月日	
		氏名	市川 花子		
		(本人と同じ場合は記入不要です。)			
		住所	〒	電話番号	(又はFAX番号)
は送付先又は連絡先又	(指定の希望がある場合のみ記入してください。)				
	・送付先 〒				
		・連絡先 電話番号 (又はFAX番号)			

○申請（希望）するサービス等

希望	サービス名		支給量 サービス量	(特記事項)	
	移動支援	身体介護を伴わない	時間	すでにほかのサービスをご申請いただいている場合、その記入も忘れずをお願いします。現在お持ちの受給者証は返還してください。	
		身体介護を伴う	時間		
	訪問入浴サービス		回	・移動支援の最大支給量はいずれか20時間、 ・訪問入浴は最大15回、	
<input checked="" type="radio"/>	日中一時支援		23日	・日中一時支援の最大支給量は23日、 ・地域活動支援センターの最大支給量は23日です。	
	重度訪問介護利用者の大学等修学支援		時間		
	地域活動支援センター		日	障害福祉サービスの利用	無 <input checked="" type="radio"/> 有 (受給期間6年10月31日まで)

利用者負担額	1	2から4まで以外の者	(適用開始年月日 年 月 日)
	2	市町村民税非課税世帯の者	
	3	市町村民税均等割のみ課税世帯の者	
	4	生活保護への移行予防措置申請（福祉事務所が発行する「境界層対象者証明書」が必要になります。）	

\*この申請に対する決定をするに当たり、市が私の属する世帯の世帯員構成及び課税状況を確認することを承諾します。

署名 市川 花子 (保護者名を記入)

○申請書提出者（本人又は保護者以外の方が申請する場合のみ記入してください。この場合には、身分証明書等身分を確認できるものを提示してください。）

フリガナ		本人との関係
氏名		
住所	〒	電話番号