

地域生活支援事業支給決定変更(廃止)申請書

(あて先) 交野市福祉事務所長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請者	受給者証番号																				個人番号																								
	フリガナ																		生年月日	年						月		日																	
	氏名																																												
	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																									
個人番号																																							現在の障がい支援区分	1	2	3	4	5	6
身体障がい者手帳番号					療育手帳番号								精神障がい者保健福祉手帳番号																																

申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	移動支援	支給量等	月	時間	二人対応	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし															
		日中一時支援	支給量等	月	日																				
		通学移動支援	支給量等	月	時間	二人対応	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし															
	変更・廃止する支援の種類・内容																								
地域生活支援事業	種類	<input type="checkbox"/>	移動支援	月	時間	<input type="checkbox"/>	日中一時支援	月	日	<input type="checkbox"/>	通学移動支援	月	時間												
	理由																								
届出者	フリガナ																		申請者との関係						
	氏名																								
	所在地	〒 -																	電話番号						

なお、利用者負担額を決定するため本人及び扶養義務者の市町村民税課税台帳、住民基本台帳、生活保護受給者台帳を閲覧することに同意します。

氏名

※他市町村からの転入等の理由で、本市で課税状況が確認できない場合は、前住所地等の市町村の課税証明書等の提出をお願いすることがございます。

勘案事項整理票による聞き取り内容について、サービス利用契約を締結した事業者から求めがある場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供することに同意します。

氏名