

桂川町（移動支援費・日中一時支援費）支給申請書（新規・変更・更新）

桂川町長 様

次のとおり申請します。（太枠内は必ず記入）

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	印			
	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	年齢（ 才）			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	

サービスの 利用 状況	地域生活 支援事業 サービス				
	障害福祉 サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間
介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護 1 2 3 4 5	
申請する サービス	サービスの種類		申請にかかる具体的内容		
	<input type="checkbox"/> 移動支援				
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援				

申請書 提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏名	印		
	住所 電話番号	〒	電話番号（ ） -	