

様式第1号（第4条関係）

各務原市地域生活支援事業利用申請書

(宛先) 各務原市長

次のとおり申請します。

更生訓練費給付事業の申請内容について、各関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

申請年月日 年 月 日 氏名 印

利用者（申請者）氏名		生年月日	年齢	住所 〒 —
個人番号：		・	歳	電話（　） —
身体障害者手帳（　級） 第 号		療育手帳 第 号		精神障害者保健福祉手帳（　級） 第 号
申請サービス名称	施設の区分		施設名	
更生訓練費				
特記事項				
月額負担上限額		障害福祉サービス利用状況		介護保険認定・利用状況
期間		期間		期間

●利用者（申請者）の世帯は、下記のとおりです。

続柄	氏名	生年月日	備考
本人		・	
		・	
		・	
		・	
		・	

代理申請者

ふりがな		
氏名	関係	
住所	〒 〒 電話番号（　） —	

※ 助成費の振込先

取引銀行（金庫）名	銀行・金庫・農協		本店・支店
普通・当座の別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			