

# 藤沢市地域生活支援事業支給申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

このことについて、次のとおり申請します。

私は、地域生活支援事業の支給に係る所得区分確認に必要な情報として、対象者本人及び住民票上の世帯構成員の住民登録状況、市民税の課税状況、生活保護受給の有無等について、市担当職員が関係公簿等を閲覧することに同意します。なお、情報照会が必要となる対象者から、閲覧することについて同意を得ています。

## 申請者氏名

(※対象者本人(対象者が18歳未満の場合はその保護者))

フリガナ 対象者氏名			生年 月日	大・昭 平・令	( 歳 )	
住 所	藤沢市		電話 ( )			
手 帳	手帳種別	身体 療育 精神	(その他証明について)	<input type="checkbox"/> あり ( )		
	都 道 府 県 第 号		年 月 日 交付	等級又 は程度		
申請するサービス	<input type="checkbox"/> 移動支援		時間/月			
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	通所型	時間/月	サービス併用型	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援及び放課後等デイサービス併用型		時間/月			
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	事業所名( )	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月		
世 帯 状 況 届 欄						
氏 名	生年月日	続柄	氏 名	生年月日	続柄	
		本人				

・1月1日(支給決定が1月～6月の場合、前年の1月1日)の住所が藤沢市にない方については、1月1日に住民登録があった住所地で発行する市区町村民税額が確認できる証明書等を提出してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 対象者本人		<input type="checkbox"/> 対象者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名		対象者との関係			
住 所	〒		電話 ( )		

事務処理欄	所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
本人確認書類	(1点) 障がい者手帳 マイナンバーカード 免許証 (2点) 受給者証 保険証 後見人謄本 年金手帳 その他 ( )			