様式第１号

　　　年　　月　　日

　常陸太田市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 本人申請　・　代理申請  ※どちらか一方を消す |
| 氏名 |  |
| 住所 | 常陸太田市　　　　　　町　　　　　番地 |
| 対象者との関係 |  |
| 電 話 番 号 |  |

障害者福祉サービス等自己負担助成金支給申請書

　障害者福祉サービス自己負担助成金について，障害者福祉サービス等自己負担助成金交付要綱第５条の規定により助成金を支給申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | | | |  |
| 住　　所 | 常陸太田市　　　　　　　町　　　　　　　番地 | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 助成金支給申請内訳額 | ○障害福祉サービス・補装具・地域生活支援事業・自立支援医療 | | | | | |
| 利用月及び  受領月 | サービス名及び補装具名等 | 自　己  負担額  （A） | 助成金支給  申請額  A×50％ | 備考 | |
| 年　 月分 |  | 円 | 円 |  | |
| 年 　月分 |  | 円 | 円 |
| 年　 月分 |  | 円 | 円 |
| 年 　月分 |  | 円 | 円 |
| 年 　月分 |  | 円 | 円 |
| 計 | |  |  |

添付書類

　・指定事業所等の発行する領収書

・納品書の写し（補装具・日常生活用具）

・自己負担上限額管理票（自立支援医療）

・その他市長が必要と認める書類