

外出サポート事業利用申請書

年 月 日

栄町社会福祉協議会長 様

住 所
申請者 電話番号
氏 名
(対象者との続柄)

次のとおり外出サポート事業を利用したいので、外出サポート事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	栄町				
	身体障害者手帳番号	第 号	障害級別		級	
	療育手帳番号	第 号	障害の程度			
	要介護度	要介護 要支援				
	世帯の状況（減額）	☐ 生活保護世帯 ☐ 町民税非課税世帯				
主な利用先						
	医療機関					
	買物					
	その他					
介助者	氏名		続柄			
	住所		電話			
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	健康状態	備考

- 添付書類 1 要介護・要支援状態の記載された被保険者証の写し、身体障害者手帳の写し、精神保健福祉手帳の写し又は療育手帳の写し
- 2 減額の適用を受けようとする場合は、生活保護法に規定する被保護者であることを証する書類又は世帯全員が町民税非課税であることを証する書類