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。

また、当該事業適用期間中は、市で保管する情報の範囲内で、支給に係る所得区分確認のため、当該必要とする年度の市民税課税情報及び生活保護受給情報を市長が利用することに同意します。

本人氏名
（児童は保護者）　　印

（対象者本人の署名または記名・押印）

フリガナ 対象者氏名	個人番号	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）	□ あり（　）
	都道府県市　第　　号　　年　月　日 交付	等級又は程度	
申請するサービス	□ 日中一時支援　回/月	□ 移動支援　時間/月	
	（日中一時支援の場合記入）□児童発達支援及び放課後等デイサービス併用	（移動支援の場合記入）	□ 行動援護　時間/月
	□ 地域活動支援センター　事業所名（　）	□ 訪問入浴　回/月	

世　帯　状　況　届　欄

対象者本人以外の住民票上の世帯構成員は下記のとおりです。また、署名又は記名・押印をした者は当該事業適用期間中は、市で保管する情報の範囲内で、支給に係る所得区分確認のため、当該必要とする年度の市民税課税情報及び生活保護受給情報を市長が利用することに同意します。

氏　名	押印欄	生年月日	続柄	氏　名	押印欄	生年月日	続柄
個人番号				個人番号			
個人番号				個人番号			
個人番号				個人番号			
個人番号				個人番号			

・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	□対象者本人	□対象者本人以外（下の欄に記入）	
申請者氏名		対象者との関係	
住　所	〒 電話　（　）		

事務処理欄	所得にかかる申請・区　分	□ 生活保護	□ 非課税　□ 課税
担当者 所見	年　月　日 確認者（		