別記

様式第１号（第５条第１項）

地域生活支援事業利用申請書

（移動支援・日中一時支援・訪問入浴サービス）

八街市福祉事務所長　様

次のとおり申請します。

申請年月日 　 年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 障害者手帳 | 種別 | 身体障害者手帳 | 療育手帳 | 精神障害者保健福祉手帳 | 難病（病名を記載） |
| 番号 | 号 | 号 | 号 |  |
| 等級 | 級 | の | 級 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用の状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分の認定 | 有・無 | 区分 | １ ２ ３ ４ ５ ６ | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援（　　）要介護　１　２　３　４　５ |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請するサービス | サービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| □　移動支援 |  |
| □　日中一時支援 |  |
| □　訪問入浴サービス |  |

|  |
| --- |
| □　以下のことについて同意します。　・利用者負担額を決定するために本人及び扶養義務者、又は世帯全員の市民税課税台帳を福祉事務所長が閲覧すること。　・勘案事項整理票、認定調査等による聞き取りの内容について、サービス利用している登録事業者から求めがあった場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供すること。 申請者氏名 |