

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	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	〒				
フリガナ					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
	<input type="checkbox"/> 移動支援	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
	<input type="checkbox"/> 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