

地域生活支援事業利用変更申請書

（日中一時支援事業・移動支援事業・訪問入浴サービス事業）

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							

サービス申請する	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