

蕨崎市障害者等地域生活支援事業支給申請書

蕨崎市福祉事務所長 殿
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名			昭和 平成	
	居住地	〒			
		電話番号			
	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名			続柄	
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号
	その他障害を証する書類	診断書	その他 ()	添付資料	あり なし

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等 <input type="checkbox"/> 介護給付 () <input type="checkbox"/> 日中活動系 () <input type="checkbox"/> 居住系 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	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			

申請する内容	区分	サービスの種類		時間数	市長が特に必要と認める場合 理由
		種類	類型		
	地域生活支援	<input type="checkbox"/> 移動支援	身体介護 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	/月	
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援	-	/月	
<input type="checkbox"/> 生活サポート		-	/月		
申請する事由					

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		

- 本事業を利用するために必要な身体、生活及び所得の状況について、蕨崎市が調査することに同意します。
- 本事業を利用するために必要なときは、蕨崎市が関係者に意見を求めることに同意します。
- サービス提供事業者(指定事業者)から求めがある場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供することに同意します。

署名 ㊟