

第1号様式

障がい者等移動支援事業
 重度身体障がい者訪問入浴サービス事業 利用申請書
 障がい者等日中一時支援事業

返子市長

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 | 個人番号： 〒 | | |
| | 住所 | | 電話番号 | |
| 利用申請に係る障がい児氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | 個人番号： | 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 |
| 疾病名 <small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載すること。)</small> | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|------------|-----------------|-----|----------------|-----------------------|--|
| サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス | 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、内容等 | | | | |
| 介護保険サービス | 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、内容等 | | | | |

| | | |
|---------|-------------|---------------|
| 区分 | サービスの種類 | |
| 訪問系・その他 | 地域生活支援事業給付費 | 申請に係る具体的内容 |
| | □移動支援 | □個別支援 時間/月 |
| | | □グループ支援 |
| | □訪問入浴サービス | 日/月 (原則1日/週) |
| □日中一時支援 | 日/月 | |

利用者負担額の減免・軽減申請に係る収入申告の内容の確認に当たり、自らの収入、租税公課、資産状況等について市職員が関係機関に調査することに同意します。

申請者氏名 _____ 印