

飯田市障害者等居宅生活サポート事業実施申請書

年 月 日

飯田市長 様

申請者住所

氏名

(電話 ー)

次により居宅生活サポート事業実施を申請します。

サポートを希望する者の住所・氏名 (申請者と同じ場合は、性別・生年月日のみ記入すること。)	住 所			
	氏 名	男・女 年 月 日生		
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番 号	精 神 保 健 福 祉 手 帳 番 号		
希 望 実 施 内 容	サポートの種別(下記の希望するものに○を記入して下さい。) 家事援助又は生活援助等、公共交通機関の乗車等の自立体験 その他() 開始希望日 年 月 日 希望する1か月当たりの回数 回 希望する時間帯 時 分～ 時 分(時間)			
実 施 場 所				
居宅生活サポート事業を申請するにあたり、関係機関への情報照会や提供に同意します。 (署名又は記名押印) 氏名 _____ 印				

* 裏面の注意事項をご確認のうえ、申請書に記入を願います

注意事項

- 1 この事業を利用できる方は、在宅の障害児者で介護保険制度を利用していない65歳未満の各種障害者手帳所持者又は手帳申請手続き中の方です。
- 2 障害者自立支援法で同類の福祉サービスを受けている方は、この事業の同類のサービスを利用できません。
- 3 サポーターの派遣可能時間は、8時30分～19時00分までです。
- 4 サポーターの派遣上限時間は、月合計10時間以内で、1回当たり2時間以内です。
- 5 サポーターの派遣時間単位は、最初1時間で、その後は30分単位で2回まで加算できます。
- 6 サポーターの派遣に要した往復の交通費は利用者に負担して頂きます。
- 7 公共交通機関乗車等の自立体験に要した乗車賃等の費用は、サポーター分を含め利用者に負担して頂きます。
- 8 サポーターの車を使用しての移動はできません。
- 9 その他申請者の希望に添えない場合がありますら、その折りはご容赦願います。