

# 地域生活支援事業利用申請書

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ					生年月日	年 月 日					
	氏名	個人番号：										
	居住地	〒				電話番号						
	フリガナ					生年月日	年 月 日					
	利用申請に係る 障害児氏名	個人番号：				続柄						
	身体障害者手帳		療育手帳			精神障害者 保健福祉手帳						
	障害名											
サービスの 利用状況	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										
	障害児 通所支援											
	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
利用中のサービスの種類と内容												
申請する サービス	サービスの種類					申請に係る具体的な内容						
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業					(申請理由等)						
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業											
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業											
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター											
	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>												

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）		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		電話番号