

地域生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

湯沢市福祉事務所長 様

申請者

住所 〒 -

氏名

対象者との続柄( )

電話 ( )

次のとおり申請します。

利用申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名					
	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		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		難病等の認定	有 ・ 無		
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	年 月 日～ 年 月 日
		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						
サービスの種類				申請に係る具体的内容		
申請するサービス	<input type="checkbox"/> 意思疎通支援事業					
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業					
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業					
	<input type="checkbox"/> 生活サポート事業					
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス					
	<input type="checkbox"/>					