

様式第1号(第5条関係)

地域生活支援事業利用申請書

岩出市長 様
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		年 月 日	
	居住地	〒 岩出市		電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る児童氏名	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	難病名

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	無 1・2・3・4・5・6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険	要介護認定	有 無	要介護度	要支援()
利用中のサービスの種類と内容等					

申請するサービスの種類等	サービスの種類			申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/>	移動支援事業	時間/月	
	<input type="checkbox"/>	日中一時支援事業 日中短期入所	日/月	
	<input type="checkbox"/>	障害者デイサービス事業	日/月	

備考	
----	--

申請する減免の種類	I 利用者負担額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつけ、いずれも当てはまらない場合は空欄とすること。)
	1 生活保護世帯 2 市町民税非課税世帯に属する者

申請者提出者	<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		

同意の欄

地域生活支援事業申請に係る利用者負担額決定に必要な世帯の個人番号、住民基本台帳及び所得課税資料を閲覧することに同意します。

年 月 日

氏名 _____ (印)
(署名又は記名押印)

(注)

1、調査で得られた情報は、地域生活支援事業に係ること以外には使用しません。