

## 障害者地域生活支援事業利用申請書

津幡町長 様

次のとおり申請します。

なお、この事業認定のため、世帯の所得調査等をされることに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名	印		昭和・平成	年	月	日	
	居住地	〒						
	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日				
	支給申請に係る 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			

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														

申請するサービス	サービスの種類	申請に係る具体的内容										
	<input type="checkbox"/> 移動支援	【内 容】									□身体介護あり □身体介護なし	
		【支給量】	時間／月									
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	日／月										
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	日／月										
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	回／週											
<input type="checkbox"/> 生活サポート	時間／月											