

地域生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

美咲町長 あて

次のとおり申請します。

なお、この申請書を提出するにあたり、私及び私の世帯員の税務関係情報の調査を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日	続柄
	氏名			平成				
	居住地	〒 美咲町		電話番号() -				
フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日	続柄	
支給申請に係る児童氏名			平成					
障害手帳の種類と等級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)		<input type="checkbox"/> 療育手帳(A: B:)					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(級)		<input type="checkbox"/> 手帳なし					
障害支援区分	非該当 1 2 3 4 5 6 (認定を受けている場合に記入)							

◎申請するサービスの種類等

サービスの種類	申請の具体的な内容	事業の内容
<input type="checkbox"/> 移動支援 希望事業所 ()	障害の種別や状態による <input type="checkbox"/> 介護型 <input type="checkbox"/> 見守型	屋外での移動が困難な方に、外出のための支援を行います。
<input type="checkbox"/> 日中一時支援 希望事業所 ()	<input type="checkbox"/> 就労支援(タイムケア) <input type="checkbox"/> 一時的休息(日中型)	障害者(児)の家族の就労支援や介護者の一時的な休息のため、通所で過ごします。
<input type="checkbox"/> 訪問入浴 希望事業所 ()	希望日(回数) (週 回・月 回)	訪問により居宅での入浴サービスを提供します。
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター (ネクスト津山)		

※申請しようとするサービスの種類(□)にチェック(✓)を入れてください。

利用者負担額免除申請書

生活保護を受給しているため、利用者負担額の免除を申請します。

氏名