

(移動支援 日中一時支援 地域活動支援センター) 事業利用申請書

(宛先) 高浜市福祉事務所長

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 氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	居住地	〒	電話番号		
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	平成・令和	年 月 日
	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	疾病名

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害程度 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	申請内容	備考
<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業		
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		

○ 利用者負担額減額等の決定に必要があるときは、わたし及びわたしと同一世帯・同一生計にある者の市民税課税状況等について、税務関係当局に調査することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

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 氏名		申請者 との関係	
住所	〒	電話番号	