

地域生活支援事業サービス利用申請書

年 月 日

私は、地域生活支援事業サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名	個人番号：		
	居住地	〒		
		電話番号		
フリガナ			生年月日	
支給申請に係る障害児氏名		個人番号：		続柄
利用者	課税状況	1.生活保護 2.非課税世帯 3.課税世帯		
	身体障害者 (障害種別)	(全身性障害 視覚障害 聴力障害) 級		
	療育手帳	A1 A2 B1 B2		
	精神障害者福祉手帳	有効期限： 年 月 日		
利用者世帯	氏名	続柄	生年月日	備考
		個人番号		
		個人番号		
		個人番号		
		個人番号		
		個人番号		
利用希望サービスに○印		備考		
①	移動支援	1.余暇等社会参加 2.必要不可欠な外出		
②	日中一時支援			
③	入浴支援			
④	コミュニケーション支援			
⑤	生活サポート			
⑥	福祉ホーム			

地域生活支援事業サービス利用申請に伴い、私の世帯の税資料閲覧を承認します。

署名

