

八幡市地域生活支援事業利用申請書

(移動支援 ・ 日中一時支援)

八幡市長様

下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日		年 月 日(歳)		
	氏名						
	住所	〒 八幡市		電話番号			
フリガナ 申請にかかる 児童氏名		生年月日		年 月 日(歳)			
身体障がい者 手帳番号	第 号	療育手帳番号	第 号	精神障がい者 保健福祉手帳	第 号		
障がい等 級・障がい 名等							
他のサービス 利用の状況	障がい 福祉サ ービス	障がい支援区分	有・無			有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容					
申請する 支援の 種類等	介護 保険	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					
		<input type="checkbox"/> 移動支援 個別支援型 (ガイドヘルプ) (月 時間)					
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (日帰りショートステイ) (月 時間)					

※ 申請するサービスの □ にチェックをしてください。

障害者総合支援法に係る障がい支援区分認定調査内容を利用して調査を行うことに

(同意する ・ 同意しない)

令和 元年 6 月 28 日

八幡市地域生活支援事業利用申請書

(移動支援 ・ 日中一時支援)

八幡市長様

下記のとおり申請します。

利用者が18才未満の場合、保護者の氏名
記

申請者	フリガナ	ヤワタ タロウ	生年月日	S54年 8月18日(40歳)	
	氏名	八幡 太郎			
	住所	〒614-8501 八幡市八幡園内75番地		電話番号	075-983-1111
フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)		
申請にかかる 児童氏名	利用者が18才未満の場合、 記入してください。				
身体障がい者 手帳番号	第〇〇〇〇〇号	療育手帳番号	第 〇〇〇〇号	精神障がい者 保健福祉手帳	第〇〇〇〇〇号
障がい等 級・障がい 名等	〇〇障がい 1級 等				
他のサービス 利用の状況	障がい福祉サービス	障がい支援区分	有・無	有効期間	
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援() ・ 要介護 1 2 3 4 5
申請する 支援の 種類等	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援 個別支援型 (ガイドヘルプ) (月20時間)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援 (日帰りショートステイ) (月 10 時間)				

※ 申請するサービスの □ にチェックをしてください。

障害者総合支援法に係る障がい支援区分認定調査内容を利用して調査を行うことに

(同意する) ・ 同意しない)