

令和 年 月 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。

記

申請者	フリガナ				生年月日	年月日(歳)
	氏名	個人番号:				
	住所	〒八幡市			電話番号	
申請にかかる児童氏名	フリガナ				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				
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					
申請する支援の種類等	<input type="checkbox"/> <u>移動支援</u> 個別支援型 (ガイドヘルプ) (月 時間)					
	<input type="checkbox"/> <u>日中一時支援</u> (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)