

地域生活支援事業サービス利用申請書

障害者・児	フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	
	氏名		男・女						
	居住地	〒 外ヶ浜町字			電話番号				
歳利用者の場合1合8	フリガナ		障害児との関係						
	保護者等氏名								
	居住地	〒			電話番号				
障害者手帳関係	障害種別	身体・知的・精神	障害等級	級	手帳番号	第	号		

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分の認定	有・無	障害支援区分	1・2・3・4・5・6
		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1・2 要介護度1・2・3・4・5	
		利用中のサービスの種類と内容等			

申請するサービスについて	サービスの種類(該当サービスを選択してください。)	申請に係る具体的内容	
	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援(手話通訳・要約筆記)	サービス利用日時・事業者名・用具の種目等	
	<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付等(給付・貸与・共同・住宅改修)		
	<input type="checkbox"/> 移動支援		
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	備考	
	<input type="checkbox"/> 更生訓練費給付		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援		その他特記事項等
	<input type="checkbox"/> 生活サポート(配食→ご飯とおかず・おかずのみ)		
<input type="checkbox"/> 自動車(運転免許取得・改造費)助成			

私は、上記のとおり地域生活支援事業サービスの利用を申請します。

外ヶ浜町長 殿

申請者氏名

印

令和 年 月 日