

雫石町地域生活支援事業利用申請書

雫石町長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ				
	氏名	印	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	居住地	〒			
	フリガナ		続柄		
	支給申請に係る児童氏名		生年月日		
	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	

サービス利用状況	障害福祉サービス	障害支援区分の認定	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				
	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				

申請内容	種類		内容・時間等	利用予定事業者
	□地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> I型	日/月	
		<input type="checkbox"/> II型		
		<input type="checkbox"/> III型		
	□移動支援	<input type="checkbox"/> 身体介護あり	時間/月	
		<input type="checkbox"/> 身体介護なし		
		<input type="checkbox"/> 通学支援		
	□日中一時支援	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助	日/月	
□経過的デイサービス	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助	日/月		
□生活支援				
□社会参加促進事業				
□その他 ()				

(裏面もご記入願います。)

(裏面)

障害者の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 せ つ	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	遷延性意識障害	<input type="checkbox"/> な し	<input type="checkbox"/> あ り	
	その他問題行動等	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り (具体的に支援の状況等)		

雫石町地域生活支援事業の利用者負担額算定に係る所得確認のため、必要に応じて課税台帳の閲覧を行うことに同意します。

氏 名 (続 柄)	印	氏 名 (続 柄)	印
(本人)		()	
()		()	
()		()	
()		()	

*確認欄 (記入しないで下さい。)

<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 低2	<input type="checkbox"/> 低1	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 年金確認 (1級・2級・他)	<input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	----------------------------------