

守口市地域生活支援事業利用申請書 (新規・継続・変更)

守口市福祉事務所長 様

下記のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：				
	居住地	〒			電話番号	
フリガナ					生年月日	年 月 日
利用申請に係る児童氏名		個人番号：			続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号		疾病名

他利用のサービス状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期限	年 月 日~ 年 月 日
	利用中のサービスの種類と内容等					
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護 ()	
	利用中のサービスの種類と内容等					
申請する種類	種類	<input type="checkbox"/> 移動支援 時間 / 月			<input type="checkbox"/> 日中一時支援 回 / 月	
利用者負担上限	下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものにつける) 1. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯					
備考						

利用者負担額を決定するために必要な場合、所得及び世帯の状況等について調査することに同意します。

申請者氏名 _____ 印 _____

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)				
氏名			申請者との関係		
住所	〒		電話番号 ()		