

地域生活支援事業利用申請書

年 月 日

摂津市長 様

次のとおり申請します。

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	
	支給申請に係る 障害児氏名	個人番号：	続 柄			
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号	
サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	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 ( )・要介護 1 2 3 4 5	
世帯員の状況	氏 名		年齢	続柄	性別	備 考
	個人番号：					
	個人番号：					
	個人番号：					
	個人番号：					
申請するサービス	サービスの種類			必要書類		
	<input type="checkbox"/>	意思疎通支援				
	<input type="checkbox"/>	日常生活用具給付等				
	<input type="checkbox"/>	移動支援				
	<input type="checkbox"/>	地域活動支援センター				
	<input type="checkbox"/>	福祉ホーム				
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴サービス				
	<input type="checkbox"/>	日中一時支援				
	<input type="checkbox"/>	声の広報等発行				
	<input type="checkbox"/>	自動車運転免許取得費助成				
<input type="checkbox"/>	自動車改造費助成					

地域生活支援事業の利用に係る利用者負担額認定のために、障害者・障害児の保護者の属する世帯の世帯員の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。

氏 名