|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第１９号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 地域生活支援事業　利用申請書 |  |
| 長久手市福祉事務所長　殿 |  | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 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 |  |  |
| 居住地 |  |
|  |
|  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 利用申請に係る児　童　氏　名 |  |
| 続　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 |  　 | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  　　 |
| 療育手帳番号 |  　 　 |  |  |
|  |
| サービス利用の状況 | 地域生活支援福祉サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護給付訓練等給付 | 障害程度区分の認定 | 有・無 | 区分 １ ２ ３ ４ ５ ６ | 有効期間 | 　　 年 月 日から　　 年 月 日まで |  |
| 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 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 世帯区分 | □非課税世帯　□非課税以外の世帯　 |
|  |
| 申請する支援の種類・内容 |
| □ 移動支援事業 |  時間／月 |
| □ 訪問入浴サービス事業 | 回／月 |
| □ 地域活動支援センター事業 |  回／月 |
| □ 日中一時支援事業 |  回／月 |
|  |  |
|  |  |
|  |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒  |
|  |
|  | 電話番号 |  |
|  |
| 調　査　同　意　書地域生活支援事業の利用決定に必要のある場合には、この申請に係る、世帯状況、所得・課税状況、生活保護受給状況、介護保険受給等の状況、その他必要な事項を長久手市が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。 |
|  | 申請者氏名 |  |  |