

野洲市地域生活支援事業利用申請書

年 月 日

野洲市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。なお、利用料金等の決定に当たり、申請者及び申請者の家族等の所得の状況等を野洲市職員が調査することに同意します。

申請者	フリガナ	_____	生年月日	_____年 月 日
	氏名	_____		
	居住地	電話番号 _____		
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名	フリガナ	_____	生年月日	_____年 月 日
			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

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	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	_____年 月 日まで
		利用中のサービスの種類と内容等				
		訪問系	日中活動系	居住系	児童	
		<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> その他	
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5	
利用中のサービスの種類と内容等						

申請理由	_____
------	-------

申請する事業の種類・内容	サービスの種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 身体介護有り 時間/月 <input type="checkbox"/> 身体介護無し 時間/月
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター機能強化事業	<input type="checkbox"/> I型(精・サロン) <input type="checkbox"/> II型(デイ) 基本 日/月 入浴 回/月
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	日/月