

地域生活支援事業利用申請書

宇佐市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ					
	氏 名	個人番号：	生年月日	年	月	日
	居 住 地	〒	電話番号			
	フリガナ	支給申請に係る 児 童 氏 名	個人番号：	生年月日	年	月 日
			続 柄			
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名
障害名（身体障害のみ記入）						
サービス 利用の 状況	障がい福祉サービス ・ 児童通所サービス	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	
申請する事業の種類		申請に係る具体的内容				
<input type="checkbox"/> 生活サポート事業						
<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業						
<input type="checkbox"/> 移動支援事業						
<input type="checkbox"/> 自動車改造助成事業						
<input type="checkbox"/> 更生訓練費・施設入所就職支度金給付事業						
<input type="checkbox"/> 福祉ホーム事業						
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業						
<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付事業		給付を受けたい用具の名称				
		希望する形式規模等				
		希望する業者名				

