

あてはまるものに○をつけてください。

新規・変更・更新

(様式力)

地域生活支援事業利用申請書

(移動支援事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業)

記入のしかた

(あて先) 八尾市福祉事務局長

申請者は、利用される障がい者本人です。
ただし、18歳未満の方は保護者が申請者となります。

提出年月日 年 月 日

申請者	氏名	八尾 太郎		平成 令和 ○○年 ○月 ○日	
	居住地	〒 581-0000	八尾市○○町□	電話番号 ○○○-○○○-○○○○	
フリガナ	氏名		生年月日	平成・令和	年 月 日
申請に係る児童氏名	個人番号:		利用される方が18歳未満の場合、記入してください。		
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(難病の方)		
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 非該当	有効期間
	介護保険	利用中のサービスの種類と内容等			

本人以外が記入する場合は氏名の横に押印してください。

連絡の取れる番号をご記入ください。

個人番号欄にマイナンバーをご記入ください。

利用される方が18歳未満の場合、記入してください。

利用しているサービスについて分かる範囲で
ご記入ください。

要支援()・要介護(1 2 3 4 5)

申請するサービス	移動支援事業	○○ 時間/月	契約事業所名	○○○○
	地域生活支援事業	時間/月	契約事業所名	
	日中一時支援事業	日/月	契約事業所名	
申請内容・理由	地域活動支援センターII型 日/月 契約事業所名			

利用する予定の事業所名を記入してください。

申請するサービスの欄に希望する時間数(日数)を記入してください。

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)	
フリガナ氏名	住所	申請者との関係
本人が提出する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入するだけで、氏名、住所は記入不要です。本人以外が提出する場合は提出者の情報をご記入ください。		電話番号