

地域生活支援事業支給申請書
(移動支援・日中一時支援)

河内長野市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日 (障害児の場合 保護者)	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名 (障害児の場合保護者)				
	居住地	〒			
				電話番号	
	フリガナ		生年月日	平成	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名		続柄		
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		
	第 号 (級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)	第 号 障害程度 (A ・ B 1 ・ B 2)			
	精神障害者保健福祉手帳番号		難病疾病名		
	号				
	障害等級 (1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)				

サービス利用の状況	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間		
	障害福祉関係サービス	<input type="checkbox"/> 身体介護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 家事援助 (月 時間) <input type="checkbox"/> 通院介助 (月 時間) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 行動援護 (月 時間) <input type="checkbox"/> 乗降介助 (月 回) <input type="checkbox"/> 短期入所 (月 日) <input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援 () <input type="checkbox"/> 生活介護 (施設名) <input type="checkbox"/> 自立訓練 (施設名) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 (施設名) <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (施設名) <input type="checkbox"/> グループホーム (名称) <input type="checkbox"/> 入所施設 (名称) <input type="checkbox"/> 児童発達支援 (名称) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (名称) <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス (名称)				
	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					
申請するサービスの種類等	区分	申請する支援の内容等				
	移動支援	現在の利用時間	時間	希望する利用時間	時間	
		主な利用目的・行先その他				
日中一時支援	現在の利用日数	日	希望する利用日数	日		
	利用予定施設					

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	<input type="checkbox"/> 申請者の〒、住所、電話番号と同じ		電話番号