

様式第1号

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・訪問入浴サービス事業)

(あて先) 大竹市長 入山 欣郎 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			生年月日			
	氏 名	印					
	居住地	〒			電話番号		
フリガナ				生年月日			
支給申請に係る児童氏名							
		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	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	非該当	1	2	3	4	5	6	有効期間	
		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
利用中のサービスの種類と内容等													

申請するサービス	サービスの種類		申請に係る具体的内容	
	<input type="checkbox"/> 移動支援			
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス			