由布市地域生活支援事業利用申請書

様式第４号（第１０条関係）

由布市福祉事務所長　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 | |  | | | | | 生年月日 | |
| 氏　　名 | |  | | | | | 年　　月　　日 | |
| 住　　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ | | |  | | | | 続　柄 | 生年月日 | |
| 支給申請に係る  　児　童　氏　名 | | |  | | | |  | 年　　月　　日 | |
| 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 | |  |
|  | | | | | | | | | |
| サービスの利用状況 | 障害福祉  サービス | | 障害支援  区分の認定 | 有・無 | 区　　分 | 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 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 申請するサービス | □移動支援 | | □個別支援型　　　□グループ支援型 | | | | □身体介護あり　□身体介護なし | | |
| 内　容 |  | | | | | |
| □日中一時支援 | | 内　容 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| □地域生活支援  　センター事業 | | □Ⅰ型　　　　　　□Ⅱ型　　　　　　□Ⅲ型 | | | | | | |
| 内　容 |  | | | | | |
| □福祉ホーム | | 内　容 |  | | | | | |
| □訪問入浴 | | 内　容 |  | | | | | |
| □その他 | | 内　容 |  | | | | | |

※　利用希望のサービスの□に印を付けてください。内容には、理由と希望する時間（回数）を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　　　　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| 氏　　名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |