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 |