

由布市地域生活支援事業利用申請書

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	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし
		内容	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	内容	
	<input type="checkbox"/> 地域生活支援センター事業	<input type="checkbox"/> Ⅰ型 <input type="checkbox"/> Ⅱ型 <input type="checkbox"/> Ⅲ型	
		内容	
	<input type="checkbox"/> 福祉ホーム	内容	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	内容	
<input type="checkbox"/> 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	<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	申請者との続柄
住所	〒 電話番号