

## 銚田市地域生活支援事業利用申請書

銚田市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	
	氏名			続柄	
	居住地	〒 電話番号			
フリガナ				生年月日	
利用申請に係る児童氏名				年齢	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

他のサービスの利用状況	障害福祉サービス	障害区分	支援認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	年	月	日
	利用中のサービスの種類と内容等														
介護保険	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															
利用申請事業	該当	事業名										備考			
		日中一時支援事業													
		移動支援事業(身体介護あり)													
		移動支援事業(身体介護なし)													
		訪問入浴サービス事業													
		更生訓練費給付事業													
		コミュニケーション支援事業													
		地域活動支援センター													
利用を希望する事業所															