

別記第1号様式(第5条関係)(表面)

地域生活支援事業申請書

平成 年 月 日

東川町長 松岡市郎 様

申請者 住所 東川町
氏名
電話番号 印

下記のとおりサービスを利用したいので申請します。

地域生活支援事業に係る支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

利用者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳	
住 所					
障害者手帳 交付状況	身障	種 級	障害名		
	知的	A・B			
	精神	級			
障害程度区分	① 区分 () ② 非該当 ③ 未認定				
現在利用しているサービス					
世帯の 状況	氏 名	続柄	生年月日	職 業	備 考
申 請 項 目	申請する事業名				
		相談支援事業			
		日常生活用具給付等事業			
		移動支援事業			
		地域活動支援センター事業			
	日中一時支援事業				
サービス 提供事業者	名 称				
	所 在 地				
	電話・FAX				

※ 申請項目は、申請する事業に○を付してください。

(裏面)

申請の具体的内容	
・相談支援事業 相談内容 ()	
・日常生活用具給付等事業 ・支援用具種目 (ストーマ用装具、紙おむつ、)	
・移動支援事業 1. 社会生活上必要不可欠な外出 2. 余暇活動等社会参加のための外出	
・期 間 年 月 日～ 年 月 日 ・支給量 時間/月	
・地域活動支援センター事業 申請内容 1 入浴 2 給食 3 生活指導 4 健康チェック 5 送迎 6 日常動作訓練 7 その他 ()	
・期 間 年 月 日～ 年 月 日	
・日中一時支援事業 申請内容 1 入浴 2 給食 3 生活指導 4 健康チェック 5 送迎 6 日常動作訓練 7 その他 ()	
・期 間 年 月 日～ 年 月 日 ・支給量 日/月	

注1 該当項目に○及び種目・期間等を記入してください。
注2 サービス事業所によって利用できないサービスがあります。

(以下 移動支援事業等車両を使用するサービスの時のみ記載)

承 諾 書

上記サービスに関して、町及び委託事業者の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償の責任等異議申立は行いません。

また、移動支援事業等において、車両を使用するサービスにおいては自動車保険によるもののほかは異議申立は行いません。

年 月 日

東 川 町 長 様

住 所 東川町

申請者

氏 名

印