

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

令和 年 月 日

東川町長 松岡市郎 様

住所 東川町
申請者 氏名

印

電話番号

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。
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。

令和 年 月 日

東 川 町 長 様

住 所 東川町

申請者

氏 名

印

別記第2号様式(第6条関係)

地域生活支援事業通知書

年 月 日

様

東川町長 松岡市郎 印

下記とおり決定したので通知します。

(年 月 日申請)

申請(利用)者氏名			
1. 下記のサービスの利用を決定しました。 2. 下記の理由により、サービスを利用できません。 理由 ()			
サービス名	サービス内容・期間・支給量等	利用施設、機関	
相談支援事業			
コミュニケーション支援事業			
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			
備考			

請 求 書

(請求先) 東 川 町 長 様

請求金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

内	令和		年		月分				
	明細書件数			金 額					
訳									
	合 計								

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

請求事業者	事業所名	
	住 所 (所在地)	〒
	電話番号	
	職・氏名	
	振込口座	銀行 支店 (普・当)

明 細 書

(請求先) 東 川 町 長 様

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

利用者氏名	
-------	--

事業者名及びその事業所の名称	
----------------	--

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘 要
	当月費用の額合計			①	

利用者負担額等計算欄	利用者負担額等の内訳		当月算定額	摘 要
	利用者負担額			
	当月利用者負担額等合計		②	

当月請求額①－②		円
----------	--	---

	枚中		枚
--	----	--	---