様式第１号の４（第８条関係）

地域生活支援事業利用申請書(日中一時支援事業)

年 　月　 日

土佐清水市福祉事務所長　様

申請者 住　　所

氏　　名

対象者との続柄　　 ( 　　　　　)

電話番号

土佐清水市地域生活支援事業実施規則第８条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

また，申請にあたり，土佐清水市福祉事務所長が該当事由の証明のため，私(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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ | |  | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日生 (　　　歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 住所 | | 土佐清水市 | | | | |  | | | | | 個人番号 | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害手帳 | 身体障害 | 手帳番号 | | 県・市第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | 交付日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 障害部位 | |  | | | | | | | | | | | | 障害等級 | | | | | 種　　　　　　級 | | | | | | | | | |
| 知的障害 | 手帳番号 | |  | | 判定内容 | | | | |  | | | | | 交付日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 精神障害 | 手帳番号 | |  | | 判定内容 | | | | |  | | | | | 交付日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏　名 | | | 続 柄 | | 生年月日 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | 備　考 | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
|  | | |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
|  | | |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
|  | | |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在のサービス利用状況 | 障害福祉  サービス | 認定に係る  申請の有無 | 有・無 | 有の場合  の　結　果 | 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 | 認定に係る  申請の有無 | 有・無 | 有の場合  の　結　果 | 要支援(　　)  要介護　１ ２ ３ ４ ５ | | 有効期間 |
| 年　　月　　日 |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 利用希望事業者 | |  | | | 電話番号 | (　　　　) | |
| 監護者等の状況 | | １．いる　　　２．時々いる　　　３．ほとんどいない　　　４．いない | | | | | |
| 申請理由等  (支援を必要とする  内容) | | 希望する支援の内容等についてくわしく記入して下さい。 | | | | | |
| 施設入所  ・入院等 | | ① 在　宅　　② グループホーム等入所中　 ③ ②以外の社会福祉施設入所中  ④ 病院，診療所に入院中　　④ その他の施設等入所中(　　　　　　　　　　　　) | | | | | |