様式第１号の３（第８条関係）

地域生活支援事業利用申請書(地域活動支援センター事業)

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 |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他のサービスの利用状況 | 障害福祉 サービス | 障害程度 区　　分 | 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 | 要介護 認　定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援(　　)・要介護　１　２　３　４　５ | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | |
| 利用希望事業者 | |  | | | | 電話番号 | (　　　　) | | |
| 申請理由等  (希望する支援の内 容等) | |  | | | | | | | |