様式第5号(第8条、第9条関係)

地域生活支援事業利用申請書 兼変更申請書

燕市長　　　　様

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生 年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 居住地 | | | 〒　　　　－  電話番号　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る  　障がい児 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | 生 年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 続柄 | | | |  | | |
| 個人番号 | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号 | | | |  | | | | | 療育手帳番号 | | | |  | | | | | | | 精神障害者保健  福祉手帳番号 | | | |  |
| 自立支援医療（精神通院医療）受給者番号 | | | | | |  | | | | | | | | その他  書　類 | | | □ | | | 判定書 | | | | |
| □ | | | 診断書、医師意見書 | | | | |
| 申請するサービス | | | | | | | | | | １か月あたりの希望支給量 | | | | | | | | | 申請・変更に係る具体的内容 | | | | | |
| * 移動支援 | | | | | | | | | | 時間 | | | | | | | | |  | | | | | |
| * 日中一時支援 | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | |  | | | | | |
| * 訪問入浴 | | | | | | | | | | 回 | | | | | | | | |  | | | | | |
| 主治医 | 主治医の氏名 | | | | |  | | | | | | | | 医療機関名 | | | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用の状況 | | | 障害福祉  サービス | | | 障害支援区分の認定 | | | | 有・無 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  サービス | | | 要介護認定 | | | | 有・無 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 書類提出者 | | | | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | 申請者との関係 | | | | | | |  | |
| 住所 | | | | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

次のとおり申請します