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