

# 日田市地域生活支援事業利用申請書

日田市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名			
	個人番号	- -		
	居住地	〒 (電話番号 )		
	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	支給申請に係る 児童氏名			
	個人番号	- -	続柄	
	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

サービスの 利用状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険 サービス	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			

申請するサービスの種類等	サービスの種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 外出支援	( )時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	( )日 / 月
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	( )回 / 月
	<input type="checkbox"/> 更生訓練費	
	<input type="checkbox"/> 生活サポート	( )時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	
	<input type="checkbox"/> 医療的ケア児支援	

※日中一時支援は、「宿泊を伴わないショートステイ」であり、介護給付の短期入所支給決定者に限ります。

※生活サポートの対象者は、障害支援区分非該当と認定された者に限ります。

当申請において、負担上限額の算定、その他申請に係る支給決定につき必要な場合は、本人及びその世帯員の所得の状況や年金受給額等について福祉事務所が税務関係当局や年金事務所に資料の提供を求めることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外		
フリガナ		続柄	
氏名			
居住地	〒 (電話番号 )		