

(宛先) 箕面市長

サービス利用開始日に、利用者が18歳以上の場合は、利用者の氏名等、18歳未満の場合は保護者氏名等をご記入ください

施設要綱に基づき、次のとおり申請します。
利用を決定するために必要な場合、箕面市長が私及び私と同一世帯にあるものの所得利用状況について調査することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：00000000000000	マイナンバー(個人番号) をご記入下さい
	住 所	〒	電話番号

サービス利用開始日に、 利用者が18歳未満の場合のみ、 利用者(児童)の氏名等 をご記入ください	生年月日	年 月 日
	個人番号：00000000000000	マイナンバー(個人番号) をご記入下さい
	療育手帳 番 号	精神 福

サービス利用の状況	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 現在利用中のサービスをご記入下さい。(例：移動支援 等)				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
申請するサービス	☐ コミュニケーション支援事業		☐ 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業			
	☐ 移動支援事業		☐ 入浴サービス事業			
	☐ 他市町村の地域活動支援センター事業(名称及び所在地：)					
申請理由						
該当する所得区分	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税課税世帯					
備 考	該当する所得状況にチェックを入れて下さい。					

申請書記載者	☐ 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		

※提出者が申請者と異なる場合はご記入下さい。