

箕面市地域生活支援事業利用申請書

(宛先) 箕面市長

箕面市地域生活支援事業実施要綱に基づき、次のとおり申請します。

また、利用者負担上限月額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及び利用対象者の介護保険の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 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：			
	住 所	〒			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	利用申請に係る 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 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				
	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
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請 する サービス	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援事業		<input type="checkbox"/> 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業			
	<input type="checkbox"/> 移 動 支 援 事 業	<input type="checkbox"/> 入 浴 サ ー ビ ス 事 業	<input type="checkbox"/> 日 中 一 時 支 援 事 業			
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯					
備 考						

申請書記載者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		