|  |
| --- |
| **地 域 生 活 支 援 事 業 利 用 申 請 書** 　　 年　　月　　日　 　　美咲町福祉事務所長　　様 　次のとおり申請します。 　なお、この申請書を提出するにあたり、私及び私の世帯員の税務関係情報の調査を 行うことに同意します。 |
|  | 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和 　年　 月　 日平成 | 続柄 |  |  |
| 氏　名 | ㊞ |
| 居住地 | 〒 美咲町 電話番号( ）　－ |
| フリガ ナ |  | 生年月日 | 昭和 　年　　月　　日平成 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 障害手帳の種類と等級 | □身体障害者手帳（　　級） □療育手帳（Ａ：　 Ｂ：　 )□精神障害者保健福祉手帳（　　級） □手帳なし |
| 障害支援区分 |  非該当　１　２　３　４　５　６　(認定を受けている場合に記入） |
|  ◎申請するサービスの種類等 |
|  | サービスの種類 | 申請の具体的な内容 | 事業の内容 |  |
| □移動支援　希望事業所( ) | 障害の種別や状態による □介護型 □見守型 | 屋外での移動が困難な方に、外出のための支援を行います。 |
| □日中一時支援　希望事業所( ) | □就労支援(タイムケア）□一時的休息(日中型） | 障害者(児)の家族の就労支援や介護者の一時的な休息のため、通所で過ごします。 |
| □訪問入浴　希望事業所( ) | 希望日（回数）( 週　　 回・月　　 回 ) | 訪問により居宅での入浴サービスを提供します。 |
| □地域活動支援センター（ネクスト津山） |  |  |
|  |

 ※申請しようとするサービスの種類(□)にチェック（ ）を入れてください。

|  |
| --- |
| 利 用 者 負 担 額 免 除 申 請 書　生活保護を受給しているため、利用者負担額の免除を申請します。 氏　名 　　　　㊞ |