

地域生活支援事業利用(支給)申請書

年 月 日

(申請先) 上田市長

地域生活支援事業の利用(支給)について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	氏名			受給者番号			
	居住地	〒		電話番号			
利用(支給)申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	平成 令和 年 月 日		
	氏名			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	
申請の理由							

申請するサービスの種類	○印	サービスの種類	希望利用(支給)量及び利用(支給)期間等
	○	移動支援事業	時間/月
○	地域活動支援センター事業	施設名 ()	年 月 日 ~ 年 月 日
○	日中一時支援事業	時間/月	年 月 日 ~ 年 月 日
○	訪問入浴サービス事業	日/週	年 月 日 ~ 年 月 日
○	日常生活用具給付	手帳の等級(種 級) 障がい名 () 給付を受けたい用具の名称 ()	

同意書

地域生活支援事業の利用者負担額を決定するため、私及び私の同一世帯の課税台帳等税務関係資料を障がい者支援課職員が確認するため、必要に応じて閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者氏名

(印)

添付書類：医師の意見書（不要の場合もあります）
見積書
希望する用具のカatalogのコピー