

**障害者地域生活支援事業利用申請書**  
(移動支援事業・日中一時支援事業・訪問入浴サービス事業)

射水市社会福祉事務所長

申請者 住 所  
氏 名  
連絡先  
利用者との続柄

障害者地域生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者	氏 名				生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所	電話番号						
	個人番号	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
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		特定疾患 医療受給者 証 番号		
障害支援区分	非該当 該 当 (区分 1 2 3 4 5 6)							申請中
障害福祉サービス等の利用状況								
申請する支援 の種類・内容	<input type="checkbox"/> 移動支援事業			<input type="checkbox"/> 日中一時 支援事業	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 サービス 事 業			
	<input type="checkbox"/> 個別型	<input type="checkbox"/> グループ型	<input type="checkbox"/> 車両移送型					
利用希望 回数・時間								
利用希望 事業者名								
利用を希望 する理由								
代理受領	障害者地域生活支援事業に係る費用の支給については、利用事業所が私に代わって受領することに同意します。							氏名 _____
税 照 会	障害者地域生活支援事業に係る支給決定の際に必要な税情報を貴職が関係機関に照会、連絡することに同意します。(裏面「世帯の状況等」)							氏名 _____

世帯の状況等

世帯員氏名	本人との続柄	生年月日	個人番号	市町村民税の状況
	本人	. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税