**地域生活支援事業サービス支給（変更）申請書**

内灘町長

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
| 居住地 | | 〒　　-  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生活保護受給の有無 | | |
| 有　・　無 | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 平成・令和 　　年　　月　　日 | | | | | |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  サ － ビ ス | | | 障害支援  区分の認定 | | | | 有・無 | | | | | | | 区分　１　２　３　４　５　６ | | | | | | | | | | | 有効  期間 |  | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | | | 要介護認定 | | | | | | | | | 有・無 | | | | | | 要介護度 | | | | 要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５ | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更の理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更を申請するサービス | 申請する支援の種類・内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 希望事業所 |
| □移動支援（ガイドヘルプ） | | | | | | | | | | 時間/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □地域活動支援センター | | | | | | | | | | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □日中一時支援 | | | | | | | | | | 日/月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □訪問入浴サービス | | | | | | | | | | 週　　 　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □生活訓練 | | | | | | | | | | 回/年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者  との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 石川県河北郡内灘町字  電話番号（　　　　）　　－ | | |

**利用の決定に係る世帯の住民登録資料、税務資料その他関係資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧されることに同意します。　　　氏名**（自署の場合、押印不要）

※　世帯状況・所得等についての調査に同意しない場合は、世帯状況・所得等に係る証明書の添付が必要です。