

様式第1号（第5条関係）

地域生活支援事業世帯区分認定申請書兼
地域生活支援事業サービス利用申請書

令和 年 月 日

一関市長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	明治・大正	年	月	日
	氏名			昭和・平成			
	居住地	〒		電話番号			
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
				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			
世帯の 状況	氏名	市町村民税(所得割の課税の有無)		処理欄			
	個人番号:	無 ・ 有(課税額 円)					
	個人番号:	無 ・ 有(課税額 円)					
	個人番号:	無 ・ 有(課税額 円)					
	個人番号:	無 ・ 有(課税額 円)					
	個人番号:	無 ・ 有(課税額 円)					
申請する サービス	区分	サービスの種類	利用希望事業所		希望支給量・利用回数		
	地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業			回/週		
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業			日/月		
		<input type="checkbox"/> 移動支援事業			時間/月		
		<input type="checkbox"/> 移動支援事業(グループ支援型)			回/月		
<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター				日/月			

利用希望事業所が複数の場合、事業所ごとに希望支給量を記載してください。