

(様式第1号)

地域生活支援事業利用登録申請書

令和 年 月 日

南越前町長 様

(児童の場合、保護者の方のお名前)

申請者 住所

氏名

電話番号 - -

下記のとおり利用登録を申請します。また、利用料の減免を申請します。
また、申請にあたって、下記の事項に同意します。

(1) 南越前町長がこの申請に関する世帯状況及び課税状況について関係機関に調査・報告を求めること。

記

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏名			日	(月 日 歳)		
	住所	南越前町		Tel () -			
	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る 児童氏名			続柄	(月 日 歳)		
手帳情報	身体障害者手帳	療育手帳		精神障害者保健福祉手帳			
	第 号	第 号		第 号			
利用サービス名 (利用したいものに ○をつけること。)	ア.移動支援事業	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型		<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし		
	(利用希望の事業所があれば記載ください。)						
	イ.地域活動支援センター						
	(利用希望の事業所があれば記載ください。)						
ウ.日中一時支援事業							
エ.日常生活用具給付事業		購入希望品目	希望業者	希望数量			
利用料減免の有無		無し・有り				(下記に該当する方が利用料の減免の対象となります。) (1) 生活保護を受給している世帯 (2) 住民税非課税世帯	
医療的ケアの必要性		無し・有り				(有りの場合、その内容を記載すること)	
他のサービスの 利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	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							

* 添付書類:各障害者手帳の写し