様式第1号(第2条関係)

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　　生活サポート事業 ）

直方市福祉事務所長　様
次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

利用者又は保護者（18才未満の障害児の場合）	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日
	氏　　名			
	居住地	〒　　－ 電話番号　　－		
支給申請に係る18才未満の児童氏名	フリガナ		生年月日	平成　　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	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	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			
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	支1　2　介1　2　3　4　5
		利用中のサービスの種類と内容等			

申請する支援の種類内容	サービスの種類	申請に係る具体的内容
	□ 移動支援 ○ 個別支援（通院は含まない）　時間／月 ○ グループ支援（通院は含まない）	
	□ 日中一時支援事業　日／月	
	□ 生活サポート事業	

申請書提出者	□ 申請者本人　　□ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		