

障害者等地域生活支援事業利用申請書

年 月 日

山元町長 殿

申請者 住所  
氏名

障害者等地域生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

利用者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日 ( 歳 ) 男・女
利用者住所		電話番号	
障害種別		障害程度	
保護者氏名		続柄	
保護者住所		連絡先	
事業名		利用内容	
<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援事業	日時	場所	
<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付等事業	用具名		
<input type="checkbox"/> 移動支援事業	場所	日時	週 回
<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	週 回		
<input type="checkbox"/> 自動車運転免許取得助成事業	取得予定時期	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 自動車改造助成事業	完成予定時期	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	月 日		
利用する理由			
他のサービス利用の状況 有 年 月 日から ( ) 無			
世帯の税状況 <input type="checkbox"/> 所得税課税世帯 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 利用者負担等算定のために行う所得税等調査に同意します。			
利用にあたっての希望事項等			