

# 柳川市地域生活支援事業利用申請書

柳川市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。また、家庭の状況及び課税状況等について調査されることに同意します。

申請日 令和 年 月 日

申請者 <small>(児の場合は保護者)</small>	フリガナ			生年月日 <small>(代理の場合省略可)</small>	M・T S・H	年 月 日
	氏 名	印				
	住 所			利用対象者 との続柄		
	電話番号					
利用 対象者 (児)	<input type="checkbox"/> …申請者と同じ					
	フリガナ			生年月日	H・R	年 月 日
	氏 名					
	住 所			電話番号		
身体障害者手帳		療育手帳番号		精神保健福祉手帳		
第 号 の 級		第 号 A・A1・A2・A3・B・B1・B2		第 号 級		

サ ー ビ ス 利 用 状 況	障害福祉 サービス	障害支援 区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期限	令和 年 月 日
		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 1 2    要介護 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	<input type="checkbox"/> 移動支援 事業	内 容				
	<input type="checkbox"/> 日中一時 支援事業	内 容				
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 サービス事業	内 容				