様式第6号(第6条関係)

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　㊞

精神障害者居宅介護等事業利用(期間延長)申請書

　精神障害者居宅介護等事業を利用(期間延長)したいので、次のとおり申請します。

1　利用対象者

(1)　住所

(2)　氏名

(3)　性別　　　　　　　　男・女

(4)　生年月日(年齢)　　　　　　年　　月　　日(　　歳)

(5)　障害等級及び精神保健福祉手帳番号(所持している場合)

　　　　　　　　　　級　　　番号　第　　　　　　号

(6)　通院医療費公費負担受給者番号

(7)　利用を希望する居宅介護等のサービス(希望がある場合)

(8)　利用を希望する居宅介護等のサービス事業者名

(9)　利用(延長)期間

　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

2　申請者と利用対象者の続柄

本人・本人が属する世帯の生計中心者

3　添付書類

(1)　本人及び本人が属する世帯の課税状況を証明する書類

(2)　精神保健福祉手帳又は年金証書の写し