様式第5号(第5条関係)

|  |
| --- |
| 第　　　　　号　年　　月　　日　　　　　　　　　　　様身延町長　　　　　　　　　　障害福祉サービス委託依頼書　次の者について、知的障害者福祉法第15条の4の規定に基づき、障害福祉サービスの提供を依頼したく、その受託の可否について　　　　年　　月　　日までに書面で回答願います。 |
| 　 | 委託対象者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| 障害名及び種別、等級 | 　 | 身体障害者手帳番号 | 　 |
| 療育手帳番号ほか | 　 |
| 委託依頼内容 | 障害福祉サービスの種類・内容 |
| □居宅介護 | □行動援護 | □短期入所 | 　□ |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 委託する理由 | 　 |
| サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス | 利用中のサービスの種類・内容・施設名等 |
| 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 |
| 　 |