様式第1号(第6条関係)

年　　月　　日

身延町長　　　　様

(申請者)

住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

利用者との続柄（　　　　）

電話番号

障害者等安心生活支援事業利用申請書

このことについて、次のとおり障害者等安心生活支援事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  |
| 性別 | | 男・女 | (　　)歳 |
| 住所 | 電話番号 | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | 続　　柄 | □父　　　□母  □その他（　　　　　　） | | |
| 氏名 |  |
| 住所 | 電話番号 | | | | |
| 障害の程度 | 障害支援区分 | 有　無 | 区分　1・2・3・4・5・6 | | | |
| 障害等の種別 | □身体　□知的　□精神　□発達　□難病  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用する支援の種別 | | □短期入所支援（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □事業所における宿泊を伴わない支援  （事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　）  □居宅介護支援（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 備考 | |  | | | | |

※添付書類…障害等の種別を確認する書類（障害者手帳のコピー、医師の診断書等）