

井手町地域生活支援事業(日中一時支援・移動支援等)サービス利用申請書

申請年月日 年 月 日

(あて先)井手町長	利用者番号
申請者の居住地	申請者の氏名(記名押印又は署名) ふりがな 氏 名 電話番号

下記のとおり、井手町地域生活支援事業サービスの利用を申請します。
井手町地域生活支援事業の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

利用者の氏名 ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日		
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者 保健福祉手帳番号	障害福祉サービス等 受給者番号

1 利用申請するサービス(1か月あたり)

利用申請するサービス	希望時間(回)数	利用を希望する事業所の名称
☐ 日中一時支援	時間	
☐ 移動支援	時間	
☐ 地域活動支援センター	時間	
☐ 訪問入浴	回	

2 他のサービスの利用状況

()

3 所得区分

☐生活保護受給世帯 ☐市町村民税非課税世帯 ☐市町村民税課税世帯

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下欄に記入)		
ふりがな		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒	電話番号	