

第 11 号様式（第 38 条、第 51 条関係）

移動支援事業・日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

糸魚川市福祉事務所長 様

糸魚川市地域生活支援事業実施要綱第 38 条及び第 51 条の規定により下記のとおり申請します。  
なお、支給決定のため、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、  
照会又は閲覧することを承認します。

|                    |               |                 |             |       |                   |
|--------------------|---------------|-----------------|-------------|-------|-------------------|
| 申請者                | フリガナ          |                 | 生年月日        | 年 月 日 |                   |
|                    | 氏 名           |                 |             |       |                   |
|                    | 居 住 地         | 電話番号 ( )        |             |       |                   |
| 支給申請に係る<br>児 童 氏 名 | フリガナ          |                 | 生年月日        | 年 月 日 |                   |
|                    | 続 柄           |                 |             |       |                   |
|                    | 身体障害者<br>手帳番号 |                 | 療育手帳<br>番 号 |       | 精神保健福祉<br>手 帳 番 号 |
| 該当する所得区分           |               | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 |             |       |                   |

|              |                    |                                 |      |                |                       |  |
|--------------|--------------------|---------------------------------|------|----------------|-----------------------|--|
| 他のサービス利用の状況  | 障 害 福 祉<br>サ ー ビ ス | 障害支援<br>区 分                     | 有・無  | 区分 1 2 3 4 5 6 | 有効期間                  |  |
|              |                    | 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 ( )・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 | 種 別                | 移動支援事業                          |      |                | 日中一時支援事業              |  |
|              | 日数・時間数             | <input type="checkbox"/> 身体介護あり | 時間／月 | 日数 日／月         |                       |  |
|              |                    | <input type="checkbox"/> 身体介護なし | 時間／月 | 利用希望施設 ( )     |                       |  |
|              | 内 容                |                                 |      |                |                       |  |

以下、申請者と申請書提出者が異なる場合に記入ください。

|          |       |                                                                                             |              |         |
|----------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 申請書提出者   | フリガナ  |                                                                                             | 申請者との<br>関 係 |         |
|          | 氏 名   |                                                                                             |              |         |
|          | 居 住 地 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                             |              | 電 話 番 号 |
| 受給者証等送付先 |       | <input type="checkbox"/> 申請書提出者 (申請者以外を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。) |              |         |

申請者欄及び申請書提出者欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。