年　　月　　日

地域生活支援事業利用申請書

和泉市福祉事務所長　あて

和泉市地域生活支援事業実施要綱第４条の規定により、下記のとおり申請します。
なお、利用者負担額を決定するために、住民基本台帳並びに課税状況を確認することを承諾します。また、個別支援計画等を作成するために必要があるときは、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容等を、和泉市から指定特定相談支援事業者、指定障がい福祉サービス事業者若しくは指定障がい者支援施設の関係人に提示することに同意します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			
	居住地	電話番号　（　）		
フリガナ			生年月日	
支給申請に係る児童氏名			続柄	
身体障がい者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

申請するサービスの種類	
□ 移動支援事業　□ 合算希望	□ 日中一時支援事業
支給量等の変更を希望する場合は、下欄に希望の内容をご記入ください。	
＊ 申請の内容等によっては聞き取り調査を行う場合があります。	

該当する所得区分	□ 生活保護世帯　・　□ 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（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏　名	自署しない場合は、記名押印をしてください。		
住　所	〒　－ 電話番号		