

様式第2号(第8条関係)

幸田町障害者地域生活支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者 住所 幸田町大字 字 番地
氏名

次のとおり幸田町障害者地域生活支援事業の利用をしたいので、必要書類を添えて申請します。

利用申請 事業名	移動支援 (時間/月) 日中一時支援事業 (日/月) 地域活動支援センター (日/月) 移動入浴 (回/週)												
サービスの 対象者	氏名					生年月日	年 月 日(満 歳)						
	個人番号												
	住所	幸田町大字				字				番地			
保護者 (18歳未満のみ)	氏名					生年月日	年 月 日(満 歳)						
	個人番号												
	住所	幸田町大字				字				番地			
対象者の 状況	障害支援区分() ・ 身体障害者(児) 級 ・ 療育手帳() 精神障害者 (児) 級 ・ 発達障害者 (児)												
申請理由													
主治医	医師氏名					医療機関名							
	医療機関所在地												
	電話							FAX					
緊急連絡先	氏名							電話					
	住所							続柄					
緊急連絡先	氏名							電話					
	住所							続柄					
受領委任	利用決定を受け、事業の利用に対する給付金の交付を受ける場合、受領については、指定事業者に委任します 氏名												