

地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援・訪問入浴サービス）利用申請書

佐世保市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	
	氏名			年 月 日		
	[個人番号]					
	居住地	〒				
			電話番号			
	フリガナ		生年月日	平成	年 月 日	
	支給申請に係る 障害児氏名		続柄			
	[個人番号]					
	学校名		学年			
	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	

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援区 分の認定等	有・無	児童 1 2 3 4 5 6	有効 期間	平成 年 月 日
			遷延性（有・無）	重度障害児（有・無）		~
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険 サービス	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 サービス	サービスの種類	支援を要する理由
	<input type="checkbox"/> 移動支援	利用希望事業所：
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	利用希望事業所：
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス ※新規利用の場合、別途 医師意見書が必要です。	利用希望事業所：

1 生活保護世帯	2 市民税非課税世帯	3 市民税所得割 33,000 円未満、均等割のみ	4 市民税所得割 235,000 円未満	5 市民税所得割 235,000 円以上
0円	0円	5,000円	10,000円	20,000円

※裏面もあります。

同 意 書

下記の者(申請者)の佐世保市地域生活支援事業(移動支援・日中一時支援・訪問入浴サービス)の利用申請に係る、添付すべき世帯全員の住民票の写し・税証明等を省略するため私たちは、下記の事項について、市が調査・確認することに同意します。

- ① 所得に関する事 ・・・ 申告の有無、申告番号、市町村民税額(所得割額・均等割額)
- ② 住民登録に関する事 ・・・ 氏名、性別、生年月日、続柄、現住所、異動事由、異動年月日
- ③ 生活保護に関する事 ・・・ 生活保護受給状況及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律による支援給付受給状況(確認を要する者に限る)
- ④ 介護保険に関する事 ・・・ 介護保険の資格及び認定に係る状況(確認を要する者に限る)

年 月 日

佐 世 保 市 長 様

申請者 住 所
(児童の場合は保護者)

氏 名

印

個人番号:

申請者の世帯の世帯員氏名	(申請者との関係)	申請者と住所が異なる場合は住所記入(単身赴任等)
個人番号:	印 ()	
個人番号:	印 ()	
個人番号:	印 ()	
個人番号:	印 ()	
個人番号:	印 ()	
個人番号:	印 ()	

※世帯員または生計を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。