第１号様式（第４条関係）

地域生活支援事業利用申請書

年　月　日

　いわき市　　　　　地区保健福祉センター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

注意　□のある欄は、該当する箇所に✔印を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | 年　月　日（　歳） | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 個人番号 |  | | | |
| 住　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 手　　帳 | □身体障害者手帳 | | | | | | 番号 |  | | | 等級 |  |
| □療育手帳 | | | | | |  | | |  |
| □精神保健福祉手帳 | | | | | |  | | |  |
| 難 病 等 | 病名 |  | | | | | | | 発症年月 | | 年　月 | |
| 扶養義務者 | フリガナ |  | | | | | | | | 続　　柄 | |  | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | 個人番号 | |  | |
| 住　　所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 他のサービス  利用の状況 | 障害福祉  サービス | 障害支援 | | | □無 | | 区分 | | | 有効 | 年　月　日から | | |
| 区　　分 | | | □有 | | １ ２ ３ ４ ５ ６ | | | 期間 | 年　月　日まで | | |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護 | | □無 | | 要支援１ ２ | | | | 有効 | 年　月　日から | | |
| 認　定 | | □有 | | 要介護１ ２ ３ ４ ５ | | | | 期間 | 年　月　日まで | | |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | |

備考

　１　障害支援区分認定通知書又は障害福祉サービス受給者証若しくは介護保険被保険者証の写しを添付してください。

　２　難病等の場合は、病名及び症状が確認できる医師の診断書等を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請する  支　援　の　内　容 | □ | 移動支援 |
| □ | 訪問入浴サービス |
| □ | 更生訓練費 |
| □ | 日中一時支援 |

備考　詳細は、裏面に記入してください。

（　裏　面　）

申請する支援の内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □　移動支援 | □　身体介護を伴う　　　　　□　身体介護を伴わない | | | | | | | |
| グループ支援型 | | | □希望する　　　　　　　□希望しない | | | | |
| １箇月あたりの利用時間 | | | 時間 | | | | |
| 利用を希望する理由 | | |  | | | | |
| □　訪問入浴サービス | 希望する  曜　　日 | □日　□月　□火　□水　□木　□金　□土 | | | | | | |
| □　更生訓練費 | 施設名称 |  | | | | | | |
| 訓練に要する経費 | | 日  数 | 円 | 単  価 | 円 | 金  額 | 円 |
| 通所に要する経費 | | 日  数 | 円 | 単  価 | 円 | 金  額 | 円 |
| 申 請 額 | 円 | | | | | | |
| □　日中一時支援 | １箇月あたりの利用時間 | | | 日 | | | | |
| 利用を希望する理由 | | |  | | | | |

　申請にあたり、負担上限月額の算定のため、世帯員の住民登録情報、所得・課税状況その他必要な情報について、市が調査、照会、閲覧することに同意します。

　　世帯主　　　　　　　　　　　　㊞　　　個人番号

　　世帯員　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　以下は地区保健福祉センターにおいて記入 | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額の認定等チェックリスト | | | | |  | 利用の必要性の有無 | |  |
| 世帯区分 | 18歳以上 | | 18歳未満 | |  | □ | 有 |  |
| 生活保護世帯 | □ | 0円 | □ | 0円 |  | □ | 無 |  |
| 非課税世帯 | □ | 0円 | □ | 0円 |  |  |  |  |
| 一般１世帯 | □ | 9,300円 | □ | 4,600円 |  |  |  |  |
| □ | 9,300円 |  |  |  |  |
| 一般２世帯 | □ | 37,200円 | □ | 37,200円 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 所長 | 次長 | 係長 | 係員 | 起案者 | 起案　　　年　月　日 | 公印 |
|  |  |  |  |  | 決裁　　　年　月　日 |  |
| 施行　　　年　月　日 |