浜松市地域生活支援事業利用(変更)登録申請書

（移動支援事業、日中一時支援事業）

　　年　　月　　日

(あて先)　浜松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者(保護者)

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

電話番号

　　浜松市地域生活支援事業（移動支援事業・日中一時支援事業）のサービスを利用したいので下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る児者 | ふりがな | | | |  | | | 生　年 　月　 日 | | |
| 氏　　名 | | | |  | | |  | | |
| 障害の状況 | | | | 手帳の有・無  （療育・身障・精神） | | | 診断書の添付 | | 有・無 |
| ・手帳有の場合は等級等 | | | | | |
| 医療的ケア等を必要とするかの有・無  （喀痰吸引・胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養・導尿） | | | | | |
| 通学・通園・通所等の状況 | | | |  | | | | | |
| 希望するサービスの内容及び必要とする理由 | | | □移動支援事業　　　利用希望事業所  　　　　時間／月  　　　　身体介護 | | | | | | | |
| サービスを必要とする理由 | |  | | | | | |
| □日中一時支援事業　利用希望事業所  　　　　時間／月 | | | | | | | |
| サービスを必要とする理由 | | □家族の一時的休息としての利用  □就労支援  □その他 | | | | | |
| 障害福祉ｻｰﾋﾞｽ  事業利用状況 | | |  | | | | | | | |
| 世帯の状況 | | 氏　　　名 | | 続柄 | | 年齢 | 市民税の課税状況 | | 備　考 | |
|  | | 本人 | |  | 課税・非課税 | |  | |
|  | |  | |  | 課税・非課税 | |  | |
|  | |  | |  | 課税・非課税 | |  | |
|  | |  | |  | 課税・非課税 | |  | |
|  | |  | |  | 課税・非課税 | |  | |
| 承諾 | | 申請に必要な所得等の調査をすることに異存ありませんので、世帯全員の課税情報等の資料閲覧を承諾します。  承諾者氏名  （署名又は記名押印をしてください。） | | | | | | | | |