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 |  |
| 希望するｻｰﾋﾞ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。） |