浜松市地域生活支援事業（地域活動支援センターⅠ型事業）利用(変更)登録申請書

令和　　年　　月　　日

(あて先)　浜松市長

　　　　　　　　　　　　申請者(保護者)　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

浜松市地域活動支援センターⅠ型事業実施要綱第８条の規定により、浜松市地域活動支援センターⅠ型事業のサービスを利用したく申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る児者 | ふ　り　が　な | | |  | | | | 生　 年 　月　 日 | | |
| 氏　　　名 | | |  | | | | □昭和　□平成　□令和  年　　月　　日 | | |
| 障 害 の 状 況 | | | 手帳の有・無  （療育・身障・精神） | | | | 主治医の意見書  の添付 | | 有・無 |
| ・手帳有の場合は等級等 | | | | | | |
| 通学・通園・通所等の状況 | | |  | | | | | | |
| 希望するサービス | | |  | | | | | | | |
| 世帯の状況 | | 氏　　　名 | | | 続柄 | 年齢 | 市民税の課税状況 | | 備　考 | |
|  | | |  |  |  | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | |
|  | | |  |  |  | |  | |
| 承諾 | | 障害の状況等を明らかにする資料の呈示がない場合は、市職員が現状を把握するため調査を実施することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　承諾者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印をしてください） | | | | | | | | |