

利府町長 熊谷 大 殿

利府町地域生活支援事業申請書

利府町地域生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、本申請に係る利用決定にあたり、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他関係資料について、調査、照会又は閲覧することに同意します。

申請者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
			電話番号	
住所	〒 981- 利府町			

※上記と同じ箇所は記入の必要はありません。

対象者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
			電話番号	
住所	〒	申請者との続柄	配偶者・子・家族・その他	
	利府町			

障害者手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類・番号	<input checked="" type="checkbox"/> 身体・療育・精神 県・市 第 号		障害の程度	種 級 A ・ B
	障害名及び疾患名	<input type="checkbox"/> ストマ造設によるぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> ストマ造設による直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 移動運動機能障害 <input type="checkbox"/> 上下肢不自由				
介護保険	要介護認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	【利用中のサービスの種類等】 訪問介護、デイサービス、デイケア、 ショートステイ、その他 ()		

対象者が18歳以上の場合は配偶者を、18歳未満の場合は保護者の属する住民基本台帳上の世帯全員を記載してください。

同居する家族等	氏名	生年月日	対象者との続柄	備考
		大平 昭令 年 月 日		
		大平 昭令 年 月 日		
		大平 昭令 年 月 日		
		大平 昭令 年 月 日		
		大平 昭令 年 月 日		

※申請の際に該当する障害者手帳を提示してください。

申請する事業の種類・内容等	<input type="checkbox"/> 意思疎通支援事業	手話通訳者（士）派遣 ・ 要約筆記奉仕員派遣		
	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活用具給付事業	用具種目名	ストマ装具(蓄便袋/蓄尿袋)・紙おむつ ※該当する箇所に○をつけてください	
		数 量	令和 年 月 ～ 令和 年 月	
		取扱業者名		
	<input type="checkbox"/> 住宅改修費助成事業 ※設計書の写し、見積書を添付	改修内容		
		施行予定業者		
	<input type="checkbox"/> 点字図書給付事業 ※点字図書発行証明書を添付	図 書 名		
		出版社名		
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	利用目的		
		使用頻度	1 か月約 時間（1回 時間程度）	
	<input type="checkbox"/> 障害者地域活動支援センター事業	使用頻度	1 週間 / 1 か月 回	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業 ※利用診断書、利用誓約書を添付	使用頻度	1 週間 / 1 か月 回 ※上限=週2回	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	使用頻度	1 週間 / 1 か月 回	
	<input type="checkbox"/> 障害者自動車運転免許取得費助成事業	取得目的		
		取得計画	入校予定 卒業予定 免許取得	令和 年 月 日頃 令和 年 月 日頃 令和 年 月 日頃
入校予定の自動車学校		名 称		
<input type="checkbox"/> 身体障害者用自動車改造費助成事業 ※運転免許証、車検証の写し、改造箇所の図面、見積書を添付	氏 名			
	運 転 免 許 証 種 類	普通運転免許証・その他（ ）		
	免 許 条 件			
	免 許 証 番 号			
	改 造 す る 自 動 車 改 造 必 要 な 理 由			
	使 用 目 的			
	所 有 者	申請者及び対象者以外の名義の場合は、同意書を添付		
車 両 名				
車 両 番 号				

※申請の際に該当する障害者手帳を提示してください。