

臼杵市地域生活支援事業利用申請書

あて先
臼杵市長 中野 五郎

次のとおり申請します。なお、利用者負担額決定に必要な世帯状況・所得課税状況を調査閲覧することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	印			
	居住地	電話番号			
	フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名				続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1・2・3・4・5・6	有効期間		
	利用中のサービスの種類と内容等						
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護 1・2・3・4・5		
	利用中のサービスの種類と内容等						
申請するサービス	☐ 移動支援	☐ 個別支援型 ☐ 車両移送型			☐ 身体介護あり ☐ 身体介護なし		
		内容					
	☐ 日中一時支援	内容					
	☐ 生活サポート	内容					
	☐ 地域活動支援センター事業	☐ Ⅰ型 ☐ Ⅱ型 ☐ Ⅲ型					
		内容					
	☐ コミュニケーション支援	内容					
	☐ 福祉ホーム	内容					
	☐ 訪問入浴	内容					
☐ その他	内容						

* 利用希望のサービスの口に印をつけてください。内容には、理由と希望する時間(回数)を記入してください。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	印	申請者との続柄	
住所	〒 電話番号		

(裏面)

移動支援が必要な方は、必須

身体介助の有無の確認

2-5 歩行について

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

4-3 食事摂取

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-5 排尿について

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-6 排便について

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

1つでも該当あれば、身体介護有

○地域活動センター、日中一時支援を利用する方は、程度区分又は認定調査が必要

成人(18歳以上の方)の利用者

成人の地活の区分 (区分3→程度区分1, 2 区分2→程度区分3, 4 区分1→程度区分5, 6、行動援護対象者)

※成人の方で、自立支援給付を受けてない方は、必ず、認定調査票109項目を実施下さい。

児童(18歳未満の方)の利用者

※児童の方で、自立支援給付を受けてない方は、必ず児童程度区分調査票(5領域10項目)を実施下さい。

○サービス利用新規者と変更者は、必ず概況調査表の添付をお願いして下さい。