

八女市地域生活支援事業利用申請書

八女市福祉事務所長

次のとおり申請します。また、家庭の状況及び課税状況等について調査されることに同意します。

		申請日		年 月 日		
〔 児 の 場 合 は 保 護 者 〕 申 請 者	フリガナ			生年月日 〔代理の場合省略可〕	年 月 日	
	氏 名					
	住 所			利用対象者 との続柄		
	電話番号					
利用 対 象 者 (児)	☐ …申請者と同じ					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所			電話番号		
身体障害者手帳		療育手帳		精神保健福祉手帳		
第 号 の 級		第 号 A・A1・A2・A3・B・B1・B2		第 号 級		
サ ー ビ ス 利 用 状 況	障害福祉 サービス	障害支援 区 分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期限	年 月 日
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険	要介護認定	有・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と内容等				
申 請 す る 支 援 の 種 類 ・ 内 容	移動支援 事業	内 容				
	日中一時 支援事業	内 容				

申請日 年 月 日

地域生活支援事業利用者負担額免除申請書

八女市福祉事務所長 様

(申請者)

住 所

氏 名

標記の件について、下記事業の利用者負担額の免除を申請します。

記

◇申請対象事業

※申請対象の事業を「○」で囲んでください。

・移動支援

・日中一時支援

・訪問入浴サービス

同 意 書

申請にあたり必要であるときは、市町村民税・住民部局等官公署に対し、私と私の配偶者について、市町村民税等の必要な情報を照会することに同意します。

・申請者

住 所

氏 名

・申請者の配偶者

住 所

氏 名