

様式第32号（第84条、第96条、第108条第1項、第121条関係）

岩手町地域生活支援事業利用申請書

岩手町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	氏名	個人番号：			
	居住地	〒			
フリガナ		続柄			
支給申請に係る児童氏名		生年月日	年 月 日		
現在お持ちの障害者手帳 該当する部分に○を付け、必要部分を記入してください。	身体障害者手帳		療育手帳		
	種別	・全身性障害(両上下肢) ・その他 ()	程度	・ A ・ B	
			番号	岩手県 第 号	
	等級	・ 1級 ・ 2級 ・ その他(級)	等級	・ 1級 ・ 2級 ・ 3級	
	番号	岩手県 第 号	番号	号	

サービス利用状況	障害福祉サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	年 月 日 年 月 日
		利用中のサービスの種類と内容				
介護保険サービス	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				

申請内容	種類		内容・時間等	利用予定事業者
	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	時間/月	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> I型 <input type="checkbox"/> II型 <input type="checkbox"/> III型	日/月	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	入浴時の付添人名 ()	回/月	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助	日/月	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

(裏面もご記入願います。)

(裏面)

障害者(児)の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排せつ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	遷延性意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
	その他問題行動等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(具体的に支援の状況等)	

岩手町地域生活支援事業の利用者負担額算定に係る所得確認のため、必要に応じて私及び私の属する世帯員の状況又は収入状況について調査することに同意します。(「申請者」とは、サービスを利用する本人が18歳以上の場合は当該本人を、18歳未満の場合は当該本人の保護者を指します。)

申請者同意署名欄

氏名	印
----	---

代筆者 ()

※本人が署名した場合には、押印の必要はありません。

※本年1月1日(支給決定期間の(予定)始期が1月1日から6月30日の間である場合は前年1月1日)現在の住所が岩手町以外にあった方は、世帯全員の市町村民税課税(非課税)証明書を添付してください。

この申請書を提出した方	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (⇒下の欄に氏名等の記入は不要です) <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (⇒下の欄に氏名等を記入してください)		
氏名		申請者との関係	
居住地	〒 電話番号		

*確認欄 (記入しないで下さい。)

一般	低2	低1	生保	年金確認(1級・2級・他)	その他 ()
----	----	----	----	---------------	---------