

習志野市地域生活支援事業利用変更申請書

習志野市長 宛て

習志野市地域生活支援事業実施規則第6条第1項の規定により、習志野市地域生活支援事業の利用について変更したいので、次のとおり申請します。

この申請に当たり、私及び私の住民基本台帳上の世帯全員の市民税額及び介護保険法に基づく各種給付状況を調査することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ											生年月日
	氏名	(自署した場合は、押印を省略できます。)										明・大 昭・平 年 月 日
	居住地	習志野市										電話番号 ()
	個人番号											
フリガナ												生年月日
支給申請に係る障害児氏名												続柄
												個人番号
事業の種類・内容等	<input type="checkbox"/> 移動支援事業		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業				<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス					
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援											
	<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付等事業 用具名称等()											
変更の理由												

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏名		申請者との関係
住所	電話番号 ()	

【市役所記入欄】

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
障害等級等	身体障害者	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部			
	知的障害者	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 手帳無			
	精神障害者	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 自立支援(精神通院)医療受給 <input type="checkbox"/> その他()			
	その他	<input type="checkbox"/> 発達障害() <input type="checkbox"/> その他()			
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間
	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			
		利用中のサービスの種類と内容等			