

川西市障害者地域生活支援事業利用(変更)申請書



令和 年 月 日

川西市長 宛

次のとおり地域生活支援事業の利用(変更)を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成			
	居住地	〒 固定電話: 携帯電話(父): 携帯番号(母):					

フリガナ		生年月日	平・令	年	月	日
利用申請に係る 障害児氏名		続柄				

身体障害者 手帳番号	番号 等級 障害内容	療育手帳 番号	番号 等級 A・B1・B2 次回判定年月 平・令 年 月	精神障害者保健 福祉手帳番号	番号 等級 1・2・3	疾病名
---------------	------------------	------------	--	-------------------	-------------------	-----

申請する事業	サービスの種類		利用時間数又は利用日数	
	<input type="checkbox"/> 移動支援 ●	→	時間/月 身体介護を(伴う・伴わない)	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター			
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 ●	→	日/月(区分)	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴			
<input type="checkbox"/> 生活サポート				

— 同意書 —

●私が属する世帯の範囲および世帯の収入状況について、川西市が調査することに同意します。

申請者(保護者)氏名	※自署又は記名押印
------------	-----------

○届出者(申請者本人が届け出る場合には、本欄のご記入は不要です。)

届出者	フリガナ		区分	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者(□代筆)
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒		電話番号 ()

障害福祉課 確認欄	① 申請内容	新規・更新・サービス追加・負担額変更・支給量変更・区分変更
	② 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	③ 負担上限月額	0円・4600円・37200円
	④ 高額請求	該当・非該当