城陽市移動支援・日中一時支援事業利用申請書

（あて先）城陽市福祉事務所長

申請年月日　令和　　年　　月　　日

次のとおり申請します。
また、城陽市移動支援・日中一時支援事業の利用申請にあたり、その認定のために、指定相談支援事業所並びに移動支援・日中一時支援事業委託事業所に必要な情報提供をすることに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日		
	氏名		性別	男・女	
	居住地	〒 電話番号			
フリガナ			生年月日		
支給申請に係る児童氏名			性別	男・女	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	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（　）・要介護　1　2　3　4　5
		利用中のサービスの種類と内容等			
（移動）申請内容	種別	個別支援型 （個別的支援が必要な障がい者等に対するマンツーマンによる支援）			□　身体介護有り □　身体介護無し
	内容				□　入浴の介護 □　排せつの介護 □　食事の介護 □　衣服着脱の介護 □　身体の清拭、洗髪 □　その他身体介護 （　　）
（日中）申請内容	内容				