

# 地域活動支援センター利用申請書

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	居住地						
	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る児童氏名				続柄		
	身体障害者手帳		療育手帳		精神保健福祉手帳		
	利用施設名			住所電話番号			
	障害福祉サービス利用状況	障害支援区分			有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等					
	経過						
申請する支援の種類	希望日数	日					
	申請に係る具体的内容						
<p>上記のとおり関係書類を添えて地域活動支援センター利用を申請します。          この申請に関して土幌町が必要とするときは、私の世帯の課税・所得状況について確認(照会)されることを了承します。また、サービスを利用するにあたり、本人及び家族の個人情報サービスをサービス担当者会議等において、用いることについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p>土幌町長 様</p>							