

# 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。<br/>         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> |              |                 |      |        |          |  |