

様式第1号(第4条関係)
(おもて)

年 月 日

北秋田市障害者地域生活支援事業利用申請書

北秋田市福祉事務所長 様

申請者 住 所
氏 名
利用者との関係

北秋田市障害者地域生活支援事業実施要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

サ ー ビ ス 利 用 者	ふりがな		生年月日	歳
	氏 名			
		住 所	電 話	

希 望 す る サ ー ビ ス の 種 類 及 び 内 容	(サービスの種類)			
	☐ 成年後見制度利用支援事業 ☐ 移動支援事業 ☐ 生活サポート事業			
	☐ 意思疎通支援事業 ☐ 訪問入浴サービス事業			
	☐ 日常生活用具給付等事業 ☐ 日中一時支援事業			
	(サービスの内容)			

他 の サ ー ビ ス の 利 用 状 況	障 害 福 祉 サ ー ビ ス	障 害 程 度 区 分	有 (1 2 3 4 5 6) ・ 無	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介 護 保 険 サ ー ビ ス	介護認定	有 (要支援 () ・ 要介護 1 2 3 4 5) ・ 無		
		利用中のサービスの種類と内容等			
	そ の 他				

備 考	
-----	--

(うら)

同 意 書

北秋田市地域生活支援事業利用に係る利用者負担額を認定するため、利用者本人および世帯の住民基本台帳、課税状況等について貴職が調査することに同意します。

北秋田市福祉事務所長 様

同意者 住所 _____
氏名 _____

※福祉事務所記入欄

調 査 票

	氏 名	続 柄	市町村民税 課税状況	市町村民税 所得割額	市町村民税非課税の場合 年間収入の種類および額
利 用 者				円	() 円
配 偶 者				円	() 円
利用者が18才未満の場合のみ	世帯員			円	() 円
				円	() 円
				円	() 円
				円	() 円
				円	() 円
				円	() 円
利用者の状況					
利用の可否及び利用者負担区分	可 ・ 否 (生保・低所得1・低所得2・一般1・一般2) 円				
その他事項					
上記のとおり調査しました。 年 月 日 調査員職氏名					