様式第1号の1（第10条関係）

出雲市地域生活支援事業給付費支給申請書

　　　　年( 　 )　　月　　日

出雲市長　様

出雲市地域生活支援事業実施要綱の規定により次のとおり申請します。

利用者負担額の認定に際し、出雲市長が本人及び同一世帯のものの市民税額等の調査を行うことに同意します。

申請者（利用者が18歳未満の場合は保護者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | 年　月　日生 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　 　印個人番号： |
| 住　　所 | 〒　　電話 |
| 利用者との続柄 |  |

利用者等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日生 |
| 氏　　名 | 個人番号： |
| 手　　帳 | 身体障がい者手帳 | 級 | 第　　　　　　　号 |
| 療　 育　手　帳 | Ａ　・　Ｂ | 第　　　　　　　号 |
| 精神保健福祉手帳 | 級 | 第　　　　　　　号 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　（□申請者と同じ）電話 |
| サービス利用の状況 | 障がい福祉サービス | 障がい支援区分 | 有・無 | 区分 | 非該当　１ ２ ３ ４ ５ ６ |
| 現在利用（申請）中のサービスの種類と内容 |
| 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援（　）・要介護１２３４５ |
| 現在利用（申請）中のサービスの種類と内容 |
| 地域生活支援事業 | 移動支援事業　　　　　　　　　　回 | 訪問入浴事業　　　　　　　　　回 |
| 日中一時支援事業　　　　　　　　日 | 地域活動支援センター事業　　　日 |
| コミュニケーション支援事業　　時間 |  |
| 申請内容 | コミュニケーション支援事業 | 医療機関名 |  | 利用開始　年　月　日 |
| 入院期間 |  |
| 移動支援事業 | 身体介護 | 有　　無 |
| 通勤通学 | 回 | 利用開始年　月　日 |
| 福祉サービス送迎 | 回 |
| 日常生活 | 回 |
| 合計 | 回 |
| 日中一時支援事業 | 平日 | 日 | 利用開始　年　月　日 |
| 土・日・祝日 | 日 |
| 合計 | 日 |
| 訪問入浴事業 | 回 | 利用開始　年　月　日 |
| 地域活動支援センター事業 | 日 | 利用開始　年　月　日 |
| 備　　考 |  |

　　　　　※移動支援は、病院への通院には利用できません。別途、居宅介護の申請を行ってください。

様式第1号の2（第10条関係）

出雲市地域生活支援事業（移動支援事業）給付費支給申請書

（グループ支援）

　　年( 　 )　　月　　日

出雲市長　様

出雲市地域生活支援事業実施要綱の規定により次のとおり申請します。

下記の者を受任者と定め、地域生活支援事業給付費について、下記受任者が請求及び受領を行うことを委任します。

申請代表者（利用者が18歳未満の場合は保護者）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒電話　 |
| 利用者との続柄 |  |

　利用者等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 番号 | 受給者証番号 | 氏　　名 | 住　　　　　所 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| １０ |  |  |  |
| 利用日時 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　時　　　分　から　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　時　　　分　まで |
| 目的地 |  | 用　途 |  |
| 利用事業所(受任者) |  |
| 備　考 |  |