

**寝屋川市地域生活支援事業利用更新申請書  
(移動支援・日中一時支援・地域活動支援センターⅡ型)**

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長

寝屋川市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則第 22 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり、移動支援事業・日中一時支援事業・地域活動支援センターⅡ型事業の利用更新申請をします。なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得及び世帯の状況等について調査すること、並びに決定された利用者負担額を利用中の施設等に対し情報提供することに同意します。

**※太枠内をご記入下さい**

申請日 年 月 日

該当欄に <input checked="" type="checkbox"/> を記入		<input type="checkbox"/> 身体障害者(児) <input type="checkbox"/> 知的障害者(児) <input type="checkbox"/> 精神障害者(児)	
施設入所		<input type="checkbox"/> 入所している(施設名: )	
申請者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏名		
	住所	〒 -	電話 - -
	要介護状態区分(該当者のみ記入)		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名		続柄	

**【申請する支援事業の種類・内容】**

①サービスの種類・内容等、利用にあたり変更の無い場合は、下記にを記入してください。

現行どおり更新します

②サービスの内容等を変更したい場合は、この欄に内容や理由等をご記入ください。

サービス種別	変更内容・理由	
移動支援		3ヶ月管理利用 <input type="checkbox"/> 申請する
日中一時支援		
地域活動支援センターⅡ型		

③提出者氏名等をご記入ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください)		
氏名		続柄	
住所	<input type="checkbox"/> 同上		
電話番号	※日中連絡が取れる電話番号		

※確認欄(以下記入不要)

移動	時間		台帳記入	日中	日	地域	日
	3ヶ月管理	有・無	未・済				
<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 市民税非課税		<input type="checkbox"/> 市民税課税		確認者欄	
				<input type="checkbox"/> 16万円未満	<input type="checkbox"/> 28万円未満		

