様式第１号（第４条、第６条関係）

地域生活支援事業（移動支援事業・日中一時支援事業）利用(変更)申請書

年　　月　　日

阪南市福祉事務所長　様

移動支援事業・日中一時支援事業の利用（変更）を次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	居住地	〒　－ 電話番号　－		
フリガナ 支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日
			続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
疾患名（手帳を所持していない場合）				特定疾患医療受給者証番号	

申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分（１２３４５６）	有効期間
			利用中のサービスの種類と内容等			
		介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（１　２） 要介護（１　２　３　４　５）
			利用中のサービスの種類と内容等			
	利用(変更)申請する支援の種類・内容					
	移動支援事業	支給量	時間／月	日中一時支援事業	支給量	日／月
		内容				

申請する減免の種類	月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） １．生活保護受給世帯 ２．市町村民税非課税世帯に属する者

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　名		申請者との関係	
住　所	〒　－ 電話番号　－		

（注）いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

私は、利用者負担の減額・免除等を決定するために、私及び私と同一世帯にある者の課税台帳等を閲覧することに同意します。

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿