

川西市障害者地域生活支援事業利用（変更）申請書



平成 年 月 日

川西市長 宛

次のとおり地域生活支援事業の利用（変更）を申請します。

○申請者（保護者）

申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成	年	月	日
	居住地	〒		固定電話 携帯番号			
利用申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	平成	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		疾病名	
申請する 事業	サービスの種類			利用時間数又は利用日数			
	<input type="checkbox"/> 移動支援						
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター						
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援						
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴						
<input type="checkbox"/> 生活サポート							

— 同意書 —

●私が属する世帯の範囲および世帯の収入状況について、川西市が調査することに同意します。

申請者氏名 _____ 印

○届出者（申請者本人が届け出る場合には、本欄のご記入は不要です。）

届出者	フリガナ		区分	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者（ <input type="checkbox"/> 代筆）
	氏名		申請者との関係		
	住所	〒		電話番号 ()	