

記入例

様式第1号(第5条関係)

地域活動支援センター利用申請書

年 月 日

(あて先)村上市長

申請者 住所 村上市三之町1番1号
氏名 村上 太郎
電話 0254-53-2111

次のとおり地域活動支援センターを利用したいので申請します。

利用対象者	住 所	村上市三之町1番1号				
	氏 名	村上 太郎			(男・女)	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
	生年月日	昭和50年1月1日 (50歳)		申請者との続柄	本人	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	第00000号	
他のサービス利用状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分1 2 3 4 5 6	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()・要介護 1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の種類・内容	種 別	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型	日/月			
		<input checked="" type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型	10日/月			
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型	日/月			
	内 容					
世帯状況	氏 名	続柄	年齢	備考	個人番号	
	村上 花子	母	80		0123 4567 8901	

同意書

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第6条第1項に定める自立支援給付及び同法第77条第1項に定める地域生活支援事業の支給申請及び利用者負担額減額、免除等の申請に際し下記の項目について同意します。

年 月 日

村上市長 あて

- ・サービス等利用計画等を作成するために必要があるときは、支給等決定にかかる調査内容を指定事業者・施設・基準該当事業者等に提示することに同意します。
- ・生活保護又は中国残留邦人支援法に基づく支援給付の受給状況について、必要な際、職員が閲覧することに同意します。
- ・介護保険の受給状況について、必要な際、職員が閲覧することに同意します。
- ・転出時等、必要な際は、各台帳を他市町村等に対し提示することに同意します。
- ・自立支援給付及び地域生活支援事業に係る支給等決定及び利用者負担額減額、免除等の決定のために必要があるときは、世帯員の住民基本台帳及び課税状況につき、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

申請者 住 所 _____ 村上市三之町1番1号 _____

氏 名 _____ 村上 太郎 _____

同居家族 氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

※氏名欄には申請者が障がい者の場合は、本人の他、同一世帯の配偶者を、申請者が障害児の保護者の場合は本人（保護者）の属する住民基本台帳上の世帯全員について記入してください。

※同意をいただいた場合でも必要がある場合は、住民票及び課税状況のわかる書類の提出をお願いすることがあります。