

平群町地域生活支援事業利用変更申請書

年 月 日

平群町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

印

(自署又は捺印)

利用者との続柄

電 話

下記の地域生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。障害者（児）福祉に係る事業（制度）に関する支給申請をするにあたり、障害者（児）本人及び同一世帯・同一生計にある者の収入及び住民税課税資料、その他必要な資料の状況について調査すること、並びに必要なに応じて個人番号を利用することに同意します。なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

フリガナ				個人番号
利用者氏名				
生年月日				
住所				電話番号
障害名				
手帳番号	身体障害者	第	号	等級
	療 育	第	号	
	精神障害者保健福祉	第	号	
利用希望サービスの種類に○印	事業内容		サービス内容	
	(1) コミュニケーション支援事業		①手話通訳者（奉仕員）派遣事業 ②要約筆記者（奉仕員）派遣事業	
	(2) 移動支援事業		希望時間（月 時間）	
	(3) 地域活動センター事業			
	(4) 訪問入浴サービス事業		希望時間（月 時間）	
	(5) 生活支援事業			
	(6) 日中一時支援事業		希望時間（月 時間）	
	(7) 生活サポート事業			
	(8) 社会参加促進事業		①点字・声の広報発行事業	
			②奉仕員養成事業	
・点訳奉仕員養成事業				
・朗読奉仕員養成事業				
		・要約筆記奉仕員養成事業		
		・手話奉仕員養成事業		
		③知的障害者支援事業（レスピット等）		
希望する理由				
緊急連絡先	住 所			
	氏 名	続柄		
	電話番号			

利用対象者の状況

心 身 の 状 況	1. 視力	普通	弱視	見えない	備考
	2. 聴力	普通	やや難聴	難聴	
	3. 言語	普通	やや不自由	喪失	
	4. 意思疎通	普通	やや悪い	大変悪い	
	5. 物忘れ	普通	時々ある	いつもある	
	6. 食事	普通	刻み食	特別食	
	7. 食事摂取	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	8. 起居	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	9. 洗面	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	10. 歩行	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	11. 階段昇降	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	12. 外出	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	13. 調理	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	14. 掃除	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	15. 洗濯	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	16. 排泄	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	17. 入浴	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	18. 金銭管理	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
	19. 火の管理	自分でできる	介助によりできる	全くできない	
疾病の状況	既往症 現在症 かかりつけ医				
その他特記事項					