

貝塚市安心生活支援事業利用申請書

貝塚市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

貝塚市安心生活支援事業の利用をしたいので、貝塚市安心生活支援事業実施要領第10条または第19条の規定により、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	〒		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	障害児の保護者氏名		続柄	

サービスの利用状況	障害福祉	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		介護給付費			訓練等給付費		
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護			<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）		
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）		
	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援					
	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							
指定特定相談支援事業所名							
申請するサービスの種類等							
<input type="checkbox"/> 緊急一時的な宿泊事業				<input type="checkbox"/> 送迎支援			
<input type="checkbox"/> 宿泊を伴わない支援				<input type="checkbox"/> 体験宿泊事業			
利用期間 年 月 日～ 年 月 日				利用期間 年 月 日～ 年 月 日			

貝塚市安心生活支援事業の利用に伴い、私の障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス等利用計画、個別支援計画、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、貝塚市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者、障害者基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

登録者氏名