

**滝沢市地域生活支援事業利用（変更）申請書**  
**（移動支援・日中一時支援・地域活動支援センター）**

滝沢市長 殿

1 関係する事業実施要綱の規定により次の通り申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明・大 年 月 日
	氏名	印		昭・平 年 月 日
居住地	〒 滝沢市			電話番号
フリガナ			続柄	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	明・大 年 月 日
			昭・平	
手帳の種類及び番号等	身体障害者手帳	第 号	種 級	
	療育手帳	第 号	判定	
	精神障害者保健福祉手帳	第 号	級	

	種 類	利用時間等	利用予定事業者
申請 (変更) 内容	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	時間/月
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 遷延性 <input type="checkbox"/> 重心	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助	日/月
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> Ⅱ型 <input type="checkbox"/> Ⅲ型	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助	日/月
	申請（変更）理由 <u>※利用時間等変更ない場合、「変更なし」とご記入ください。</u>		

※1 事業につき利用予定事業者が2つ以上ある場合には利用者負担額管理届出書が必要となる場合があります。

2 滝沢市地域生活支援事業の利用者負担額算定に係る所得確認のため、必要に応じて課税台帳の閲覧を行うことに同意します。※2

氏名（続柄）	印	氏名（続柄）	印
（ 本人 ）	㊟	（            ）	㊟
（            ）	㊟	（            ）	㊟
（            ）	㊟	（            ）	㊟

※2 利用する人が18歳以上の場合は、利用する本人及び配偶者、18歳未満の場合は、世帯全員について記入してください。

確認欄（記入しないで下さい。）

<input type="checkbox"/> 一般2	<input type="checkbox"/> 一般1	<input type="checkbox"/> 低1・2	<input type="checkbox"/> 生保
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

利用者負担上限月額 \_\_\_\_\_ 円

# 記入例

滝沢市地域生活支援事業  
(移動支援・日中一時支援)

利用する人が18歳以上の場合は、利用する本人名、18歳未満の場合は、保護者名を記入してください。

滝沢市長 殿

1 関係する事業実施要綱の規定により次のとおり申請します。申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ	タキザワ タロウ	生年月日	明・大	45年 7月 30日
	氏名	滝沢 太郎		昭・平	
居住地	〒	020-0692	電話番号	684-2111	
		滝沢市中鶴飼55			

実際の利用者が18歳未満の場合のみ児童名を記入してください。

児童氏名	タキザワ ケン	続柄	子	生年月日	明・大	20年 6月 29日
手帳の種類及び番号等	身体障害者手帳	岩手県 第	123456号	1種 2級		
	療育手帳	盛岡振興局 第	1234号	A判定		
	精神障害者保健福祉手帳					

申請する利用時間、日数を記入してください。申請内容によっては介護給付費、訓練等給付費の利用日数にあわせて調整させていただく場合があります。

申請(変更)内容	種類		日/月	たきざわの園
	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援 <input checked="" type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 遷延性 <input type="checkbox"/> 重心	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助		
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> Ⅱ型 <input type="checkbox"/> Ⅲ型	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 入浴介助	日/月	
申請(変更)理由 ※利用時間等変更ない場合、「変更なし」とご記入ください。 <b>介護者の不在時に、一時的に利用したい。</b>				

※1 事業につき利用予定事業者が2つ以上ある場合に

利用する人が18歳以上の場合は、利用する本人及び配偶者、18歳未満の場合は、世帯全員について記入してください。

2 滝沢市地域生活支援事業の利用者負担額算定を行うことに同意します。※2

氏名(続柄)	氏名(続柄)	印
滝沢 太郎 (本人)	( )	㊟
滝沢 花子 (妻)	( )	㊟
滝沢 健 (子)	( )	㊟

※2 利用する人が18歳以上の場合は、利用する本人及び配偶者、18歳未満の場合は、世帯全員について記入してください。

確認欄 (記入しないで下さい。)

<input type="checkbox"/> 一般2	<input type="checkbox"/> 一般1	<input type="checkbox"/> 低1・2	<input type="checkbox"/> 生保
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

利用者負担上限月額 円