

記入見本

利用者が18歳以上の場合は本人名、
18歳未満の場合は保護者名
をご記入ください。

利用者が
18歳未
満の場合
はご記入
ください。

同意する
場合は
「はい」
を○で囲
んでくだ
さい。

希望す
るもの
に☑をし、希
望支給
量をご
記入く
ださい。

あてはまるものに☑をしてください。
あてはまらない場合は、空欄にしてください。

(様式第1号)
豊中市障害者等地域生活支援事業利用申込書
豊中市長様
次のとおり申し込みます。 申込年月日 R4 年 4月 1日

申込者 <small>*利用者が18歳未満の場合は保護者</small>	フリガナ 氏名	トヨナカ ハナコ 豊中 花子	生年月日	S58年 1月 1日
	居住地	〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1 電話番号 090-0000-0000 (平日、日中の連絡先をお願いします)		
利用申込に係る 児童氏名 <small>*利用者が18歳未満の場合は保護者</small>	フリガナ	トヨナカ タロウ 豊中 太郎	生年月日	H21年 1月 1日
		続柄	子	
この事業の受託事業者又は指定事業者に対し、私に関する情報をサービス提供に必要な範囲で提供することに同意します。また、利用料決定のため、私及び私の属する世帯の市民税課税台帳、住民基本台帳を閲覧すること、並びに、生活保護受給の有無を豊中市長に照会することに同意します。				はい・いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
(通学支援ご利用の方) 担当校区の豊中市障害者相談支援センター及び通学中の学校に、私に関する情報を支援に必要な範囲で提供することに同意します。				はい・いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
利用を希望するサービス <small>*希望するサービスに☑を入れてください。</small>			1ヶ月当たりの 希望支給量	
<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援事業	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援		32時間	
	<input checked="" type="checkbox"/> 通学支援		23時間	
<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援事業			5日	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介助サービス事業			回	
負担上限月額に関する認定について、次の区分の適用を申請します。 <small>*あてはまるものに☑を入れてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄にしてください。 【世帯範囲】障害者(18歳以上)…本人と配偶者 障害児…保護者の属する世帯全員(18歳以上)</small>				
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の方				
<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する方				
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯に属する方であって、障害者で市町村民税所得割額16万円未満もしくは、障害児で市町村民税所得割額28万円未満の世帯の方				
書提出者	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者本人		<input type="checkbox"/> 申込者本人以外(下の欄に記入)	
氏名			申込者との関係()	