

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 *利用者が18歳未満の場合は保護者	フリガナ	トヨナカ ハナコ	生年月日	S58年 1月 1日
	氏名	豊中 花子		
*利用者が18歳未満の場合は保護者	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)		
	フリガナ	トヨナカ タロウ	生年月日	H21年 1月 1日
利用申込に係る 児童氏名 *利用者が18歳未満の場合は保護者	氏名	豊中 太郎	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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
(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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
利用を希望するサービス *希望するサービスに☑を入れてください。		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。 *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)				
<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()		