（様式第２号）（第５条関係）

飯山市地域生活支援事業サービス利用証交付申請書

（移動支援事業・日中一時支援事業）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　飯山市長　　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との続柄　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　飯山市地域生活支援事業サービス利用証の交付を受けたいので、飯山市移動支援事業実施要綱もしくは飯山市日中一時支援事業実施要綱に基づき、下記のとおり交付申請します。

　なお、申請に当り、別紙状況表若しくは区分認定の調査書について、支援者に対し、当事業の範囲内において、閲覧させることに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | | | | | | 住　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | |
| ふり　がな  氏　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | S・H  (　　　歳) | |
| 個人番号 | | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | |
| 保護者・介護者 | | | | | | 住　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | |
| 氏　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | | | | | | | |  | |
| 個人番号 | | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | |
| 身体障害者  手帳番号  等　級 | | | 県　第　　　号  　　種　　　級 | | | | | | | | | 療育手帳番号  等　級 | | | | | 号  A1･A2･B1･B2 | | | | | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号  等　級 | | | | | | 番号　　　　　号  1 ･ 2 ･ 3 |
| 障害支援区分 | | | | | | | 無 １ ２ ３ ４ ５ ６ | | | | | | | | | | | | | | 有効期限 | | | | | | | | |  | | | |
| 障害名又は疾患名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●　移動支援事業　　（※　身体介護の基準：　重度身体障害者若しくは行動援護得点５点以上） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体介護 | | 月当りの利用時間の当初支給量 | | | | | | | | | | | | | | 月当りの利用時間の申請量 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 無 | | 個別支援型 | | | | | | | １０　時間 | | | | | | | → | | | 時間 | | | | | | | | | ※個別支援を1時間減につき、　　　グループ支援２時間増やせます。 | | | | | |
| ｸﾞﾙｰﾌﾟ支援型 | | | | | | | ５　時間 | | | | | | | → | | | 時間 | | | | | | | | |
| 有 | | 重度身体障害(児)者移動支援 | | | | | | | １５　時間 | | | | | | | → | | | －　時間 | | | | | | | | | 個別・ｸﾞﾙｰﾌﾟ支援型が利用できます。 | | | | | |
| 知的・精神障害児者移動支援 | | | | | | | １５　時間 | | | | | | | → | | | －　時間 | | | | | | | | | グループ支援は利用できません。 | | | | | |
| ●　日中一時支援事業 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月当りの利用時間の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | 月当りの利用時間の申請量 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日中支援 | | | | 障害者/障害児 | | | | | ２５　時間 | | | | | | | → | | | 時間 | | | | | | | | |  | | | | | |
| 予定事業者 | 法人等  ※１ | | | | 住　所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | |
| 団体名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人等  ※１ | | | | 住　所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |  | |
| 団体名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注）※１　法人等とは、社会福祉法人、ＮＰＯ法人等をいいます。  ※２　サービスの利用中にかかった飲食物費その他の実費については、利用者の負担となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　　飯山市地域生活支援事業利用者状況表（障害支援区分がある場合、省略できます。）

行動援護判定基準票（必要に応じて）