

市川市地域生活支援サービス等支給量等変更申請書

市川市長

申請年月日

年

月

日

次のとおり申請します。

本人	用（サービスをご利用される方）	フリガナ		生年月日	年	月	日
		氏名					
		居住地	〒	電話番号 (又はFAX番号)			

保護者	満（ご本人が18歳未満の方のみ記入）	フリガナ		生年月日	年	月	日
		氏名					
		(ご本人と同じ場合は記入不要です。)					
住所		〒	電話番号 (又はFAX番号)				

は送付先又は連絡先又	(指定の希望がある方のみご記入下さい。)						
	・送付先 〒						
		・連絡先 電話番号 (又はFAX番号)					

○変更するサービス等

希望	サービス等		支給量 サービス量	(特記事項)			
	移動支援	身体介護を含まない	時間				
		身体介護を含む	時間				
	訪問入浴サービス		回				
	日中一時支援		日				
	重度訪問介護利用者の大学等修学支援		時間				
	地域活動支援センター		日	障害福祉サービスの利用	無・有→(受給期間 年 月 日まで)		

利用者負担額	1 市民税所得割世帯非課税者 (適用開始年月日 年 月 日)						
	2 生活保護への移行予防者（福祉事務所が発行する「境界層対象者証明書」が必要になります。）						
	3 1及び2以外の者						

＊この申請に対する決定に当たり、市が私の属する世帯の世帯員構成及び課税状況を確認することを承諾します。

署名

○申請書提出者（本人又は保護者以外の方が提出する場合のみご記入下さい。）

フリガナ		本人との関係
氏名		
住所	〒	電話番号

ケースワーカー	開始日	送付先	入力日	発送日
		本人 担当		