様式第7号(第9条関係)

**記載例**

**※太字の部分が記載となります。**

雲仙市地域生活支援給付事業利用変更申請書

**○○**年**○○**月**○○**日

申請者の住所・氏名・生年月日を記載

　雲仙市福祉事務所長　　様

申請日の記載

　雲仙市地域生活支援給付事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | | **○○○○　○○○** | | | | | | | | | 生年月日 | | | **○○**年**○○**月**○○**日 | | |
| 氏　　　名 | | **○○　○○** | | | | | | | | |
| 居　住　地 | | 854-**○○○○**  **○○市○○町○○○○番地**電話番号-**○○○○-○○-○○○○** | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | **○○○○　○○○** | | | | | | | | | 生年月日 | | | **○○**年**○○**月**○○**日 | | |
| 利用申請に係る  障害児氏名 | | | **○○　○○** | | | | | | | | | 続柄 | | | **子** | | |
| 身体障害者  手帳番号 | |  | | | 療育手帳  番号 | | **○○○○** | | | | | | 精神障害者保健  児童の場合は記載  福祉手帳番号 | | | |  |
| サービスの利用状況 | 障害福祉  関係サービス | | | 利用中サービスの種類と内容  手帳番号の記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  サービス | | | 要介護認定 | | 有・無 | | | 要介護度 | | | | 要支援（　）・要介護１　２　３　４　５ | | | | |
| 利用中サービスの種類と内容 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更の理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員の状況 | 氏　　　名 | | | | | | | 年　齢 | | 続　柄 | | | | 性　別 | | 備　　　考 | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | |
| 変更するサービスにチェック | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | |
| 申請するサービス | サービスの種類 | | | | | | | | | | 申請に係る具体的内容  変更する支給量を記載 | | | | | | |
| □移動支援（身体介護有） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| □移動支援（身体介護無） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **☑**移動支援（通学支援　身体介護有） | | | | | | | | | | **○○時間→○○時間** | | | | | | |
| □移動支援（通学支援　身体介護無） | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| □日中一時支援 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 申請者の記名押印 | | | | | | |

氏　　　名　　　　**○○　○○**　　　㊞