

地域生活支援事業利用申請書

太子町長 様

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名			
	居 住 地	〒 671-15 太子町 電話番号		
フリガナ 利用申請に係る 障害児氏名		生 年 月 日		
		続 柄		

種活す利 る用 支 類 地を 援 域申 等の生請	地域生活支援の種類と内容等		
	☐	移動支援(身体介護を伴う)	
	☐	移動支援(身体介護を伴わない)	
	☐	日中一時支援	
	☒	地域活動支援センター	
	☐		

本申請に係る認定にあたり、町が私の属する世帯の住民情報を住民票等公簿により調査することについて同意します。

本人(申請者)同意欄(署名(不可能な場合は捺印))

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

町処理欄	
------	--