様式第1号（第5条関係）

地域生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）志摩市福祉事務所長

申請者　住　所

氏　名

　次のとおり地域生活支援事業の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 生年月日 | |  | | |
| 障害の状況 | 手帳の有無 | | 有　・　無 | | |
| 障害名 | |  | | |
| その他 | |  | | |
| 利用希望 | 〔目的〕  〔利用回数等〕  〔希望事業所〕 | | | | |
| 届出者 | 氏名 |  | | 利用者との続柄 |  |
| 住所 |  | | 電話番号 |  |

添付資料　本人又は扶養義務者の前年分の所得税額を証明する書類

（下記に同意いただく場合は不要です。）

|  |
| --- |
| 同　意　書  　私は、この申請に係る事務を行うため、志摩市福祉事務所長が市の所有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報等）を利用することに同意します。  　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　氏名 |