

(様式第3号)

NO. \_\_\_\_\_

指定障がい福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護)利用申請書

(あて先)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

公益財団法人寝屋川市保健福祉公社 理事長

(申請者) 氏 名

住 所

続 柄

電話番号

私は、重要事項説明の内容に同意し、  
 指定居宅介護サービス  
 指定重度訪問介護サービス  
 の利用について、下記のとおり申請します。  
 太枠内をご記入ください。

支給決定者	ふりがな			性別
	氏名			男 女
	生年月日	大・昭・平	年 月 日	満( )歳
	住所	寝屋川市		
	〒	572-	電話番号	
利用者	利用者が支給決定者本人(記入不要)		利用者が児童(以下も記入)	
	ふりがな			性別
	氏名			男 女
	生年月日	平成	年 月 日	満( )歳

受付担当者記入欄(受給者証記載内容の確認)

受給者証番号	障害程度区分	区分( )
	認定期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
支給量等	支給決定期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
利用者負担上限額管理事務	依頼あり 依頼なし(管理事務事業所： _____ )	

決裁	事務局長	課長	係長	係長	管理者	受付担当

