

様式1 (表)

福祉サービス利用申請書 (高齢・障がい)

地区	No.
----	-----

(宛先) 札幌市 区保健福祉部長

以下のとおり福祉サービスの利用を申請いたします。 年 月 日

申請者	ふりがな 氏名 個人番号 ()	男・女	生年月日	年	月	日生
	住所 区			電話 -		
対象児童	ふりがな 氏名 個人番号 ()	男・女	生年月日	年	月	日生
				続柄		

利用を希望するサービスに○を付してください。

利用希望サービス	制度区分				内容等
生活支援型 ショートステイ	高				養護者氏名 本人との続柄
入浴サービス (施設・訪問)		身			介護者氏名 ※医師の許可が必要です。 施設入浴利用の場合、寝台自動車を利用 (する・しない)
おむつサービス	高	身	知	精	実施希望業者:
理美容サービス	高				理容サービス ・ 美容サービス
あんしんコール	高	身			・NTTアナログ回線 ・NTTアナログ回線以外(回線名:) ・地域協力員 (有 ・ 無)
寝具洗濯乾燥		身			
点字図書給付		身			(登録・給付)図書名、巻数及び出版施設名は、別添証明書のとおり。
中途失明者社会適応訓練		身			希望訓練内容 (白状歩行・日常生活動作・点字・音声パソコン)
施設入所	高				希望施設名

注) 「高」は高齢者、「身」は身体障がい(児)者、「知」は知的障がい(児)者、「精」は精神障がい(児)者の意である。

※ 申請者以外が届け出る場合は、下欄にご記入ください。

届出人	ふりがな 氏名 個人番号 ()	男・女	申請者との関係 ()
	住所 区		電話 -

様式1 (裏)

世帯の状況

氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業

緊急時の連絡先

氏 名	続 柄	電 話	—
住 所			

サービスに関する希望等

担当者記入欄

身体障害者手帳	第 号	障害程度	種 級
		障害種別	視覚 ・ 聴覚 ・ 音声 ・ 言語 ・ 肢体 ・ 内部
療 育 手 帳	第 号	障害程度	A ・ B ・ B̄
精神障害者保健福祉手帳	第 号	障害程度	1 ・ 2 ・ 3 級