様式第１号（第６条関係）

記入例

○○年○○月○○日

　潟上市長　様

軽度生活援助事業利用申請書

　次のとおり軽度生活援助事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (利用者) | | 住所 | 潟上市天王字棒沼台２２６番地１ | | | |
| 氏名 | 潟上　太郎 | 電話番号 | | 018-853-5323 |
| 生年月日 | ●●年●●月●●日 | 年齢 | | ８０ |
| 介護認定等 | □なし　□要支援　１・２　☑要介護　１・２・３・４・５ | | | |
| 世帯の状況 | | | □一人暮らし □65歳以上のみの世帯　☑65歳未満の同居人あり | | | |
| 生活保護受給の有無 | | | あり　　・　　なし | | | |
| 希望するサービス  （○で囲んでください。） | | | ・外出時の援助　　　　　・代筆、朗読  ・雪よせ　　　　　　　　・家周りの手入れ  ・自然災害への防備  ・家屋の軽微な修繕、電気修理  ・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 申請の理由 | | | 腰痛で雪よせが困難なため。 | | | |
| 同居家族の状況 | 氏名 | | 生　年　月　日（年齢） | | 備考（身体状況、介護認定等） | |
| 潟上　一郎 | | ●●年●●月●●日（５５歳） | | 身体障害者手帳１級 | |
|  | | 年　　月　　日（　 歳） | | 64歳以下の同居家族がいる場合は、その方が障害等で作業できない場合に限り対象になります。 | |
|  | | 年　　月　　日（　 歳） | |  | |
|  | | 年　　月　　日（ 　 歳） | |  | |

　軽度生活援助事業の利用申請にあたり、要件確認のため必要な範囲において、世帯状況及び生活保護受給状況、障害者手帳等の交付状況、要介護認定等の状況を確認すること、並びに委託事業者に本申請に届け出た事項について情報提供することに同意します。

本人氏名（署名）　　潟上　太郎

代筆　潟上　次郎