

福祉サービス利用申請書（高齢・障がい）

地区	No.
----	-----

（あて先）札幌市 区保健福祉部長

平成 年 月 日

下記のとおり福祉サービスの利用を申請いたします。

申請者（利用者）	ふりがな	男・女	明治・大正	年	月	日生
	氏 名		昭和・平成			
	住 所 区		電話	—		
	(アパート・マンション名		号室)			

利用サービス希望項目に○をつけてください。

サービス希望項目	制度区分	内 容 等
生活支援型 ショートステイ	高	介護者（保護者）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: 在宅・施設() 住所以外への通知・おむつ送付希望(あり・なし)
☒ 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	※ 所得税非課税世帯のみ対象です。
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(白杖歩行・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」は身体障害(児)者、「知」は知的障害(児)者、「精」は精神障害(児)者の意である。(裏面へ)

※本人以外の方が申請する場合は、下欄にご記入ください。

届出人	ふりがな	男・女	申請者との関係()
	氏 名		
	住 所 区		電話 —
	(アパート・マンション名		号室)

[illegible]

氏 名	続 柄	電 話
住 所		

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is a vertical margin line on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document.

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・ $\overline{B}$
精神障害者保健福祉手帳	第 号	障害程度	1・2・3 級