

サービスステーション事業利用登録申請書

年 月 日

（宛先）伊勢崎市福祉事務所長

住所
申請者
（保護者）氏名

次のとおり申請します。

なお、サービスステーション事業の利用決定のため、私の世帯の世帯情報、課税情報その他本申請の決定に必要な情報について、伊勢崎市福祉事務所が各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することに同意します。

保護者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	年齢	歳	障害児（者） との続柄	
	氏名	個人番号：						
	住所	Tel	介護期間中 の連絡先		Tel			
介護を 要する 障害児 ・ 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	年齢	歳	性別	
	氏名	個人番号：						
	障害区分	重度知的障害児（者）		中軽度知的障害児（者）				
		重度身体障害児（者）		中軽度身体障害児		発達障害児		
	手帳等	身体障害者手帳 有（ ）級・無 障害の種別（ ） 療育手帳 有（ A・B ） ・無 発達障害診断書 有 ・無						
	健康状態 ・特性	現在かかっている病名 有（ ） ・無 てんかん 有 ・無 その他（ ）						
生活習慣	全介助 ・ 一部介助 ・ ほぼ自立 その他（ ） [別紙 利用者登録カード調査内容のとおり]							
世帯区分	生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 左記以外の世帯 (確認 月 日 印)							
希望する サービスステーション								
その他								