

(様式第1号)

枚方市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

枚方市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日： 年 月 日

申請区分 ※該当する番号に○印	1. 新規	
	2. 継続 (入院期間の延長 ・ 利用決定期間の延長 ・ その他)	
	3. 変更 (変更内容:)	

申請者	フリガナ 氏名	印	生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	

入院期間等	※入院期間を証明する書類を添付すること			
	入院期間	年 月 日	～	年 月 日
	入院する医療機関名			
	住所・電話番号			

利用する事業者名等	(※現に利用している事業者で、本事業の依頼予定の事業者を記入してください。)	
	事業者名・サービス種別	住所・連絡先

申請書提出者	※本人が申請する場合は本欄は記入不要		
	フリガナ 氏名		申請者との 関係
	住所		電話番号

(事務処理欄)

認定調査項目： 説明の理解()点 コミュニケーション()点 ※いずれか又は両方が0点以外が対象
 重度訪問介護利用者 障害支援区分： 区分() ※区分4、5が対象
 行動援護対象者 (知的障害 精神障害)
 行動関連項目等12項目 ()点 ※10点以上が対象