

年 月 日

調布市長 宛

申込者 住 所
氏 名
電話番号

続柄 ()

調布市知的障害者援護施設利用申込書

調布市知的障害者援護施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

申し込むサービス	なごみ (☐ 施設入所支援 ☐ 生活介護 ☐ 短期入所) そよかぜ (☐ 生活介護) すまいる (☐ 生活介護 ☐ 就労継続支援B型) すまいる分室 (☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援)		
ふりがな		生年 月日	
利用者氏名			年 月 日 歳
住 所	電話 ()		
保護者氏名 及び住所			年 月 日 歳
	電話 ()		
申込理由			
障害福祉サービス 受給者証 の内容等	支給決定内容 (サービス種別及び 支給量等)	☐ 施設入所支援 ☐ 生活介護 (日) ☐ 短期入所 (日) ☐ 就労移行支援 (日) ☐ 就労継続支援B型 (日) ☐ 就労定着支援	
	支給決定期間	サービス種別名 年 月 日～ 年 月 日 サービス種別名 年 月 日～ 年 月 日	
	障害支援区分及び 認定有効期間	なし 1・2・3・4・5・6 年 月 日～ 年 月 日	
	利用者負担上限 月額及び適用期間	円 年 月 日～ 年 月 日	
	特定障害者 特別給付費	日額 円	