様式第１号（第４条関係）

令和　　　年　　月　　日

　　　会津美里町長

申請者　住所　会津美里町

氏名

　　下記により、相談支援事業の利用を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保　護　者　等 | 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 | 利用者との続柄 |  |
| 利　用　者 | 住所 | 〒会津美里町電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 利用者の状況 | 身体障害者手帳番号 |  |
| 療育手帳番号 |  |
| 精神保健福祉手帳番号 |  |
| 障害支援区分 | 区　分　　１　２　　３　　４　　５　　６　非該当 |
| □　相談支援事業（第３条第１項第１号） |
| 相談内容 |

同　　意　　書

　私は、相談支援事業利用を申請するにあたり、会津美里町役場健康ふくし課が行う下記の事項について同意します。

記

　１　住民基本台帳により世帯の情報を確認すること。

　２　町民税務課が所管する世帯の税情報を確認すること。

　３　当世帯の介護保険及び国民健康保険の情報を確認すること。

４　世帯の生活状況等の確認のために必要な範囲内において、医療機関、保健所、学校等から情報を収集すること。

５　相談支援事業に必要な範囲内において、支援を行う事業所に対して当町で確認した情報及び聴取した内容を提示、提供すること。

会津美里町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日

住　所

利用者

世帯員

世帯員

世帯員

世帯員