

奈良市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業 利用(変更)申請書

(宛先)

奈良市長

奈良市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の登録(変更)を申請します。

利用申請者 (コミュニケーション支援を受けたい方のお書きください。)			
ふりがな		生年月日	年 月 日
名前			
住所	〒		
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	
障害福祉サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
コミュニケーション支援事業者名 ※支援者は、対象者の入院前のサービス提供記録等を2か月分添付すること。			
事業者名			
支援者名	連絡先	()	
事業者名			
支援者名	連絡先	()	
事業者名			
支援者名	連絡先	()	
申請する入院期間等 ※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	(医療機関名)		
	(住所)	連絡先	
かかりつけ医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」の場合、医療機関を記入してください。 (医療機関名)		
変更の場合は変更事由			

※代理人申請時記入欄 (本人により申請する場合は記入不要です。)			
届出者	ふりがな		(<input type="checkbox"/> 代理人) (<input type="checkbox"/> 代行人)
	氏名	印	
	住所		
本人委任欄	私は、奈良市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用にかかる申請を、上記の者に委任します。 (申請者) 印		