|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  本人氏名 | 男・女　　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| （ふりがな）  保護者氏名 | （続柄） |
| 希望するサービス | 家事援助　　身体介護　　通院等介助　　通院等乗降介助 |
| 希望するサービスを必要とする期間 | （例１）令和元年６月～８月まで  （例２）３ヶ月間 |
| 上記の期間、居宅介護を希望する理由  （本人及び保護者の状況、養育環境、必要とする問題状況等） |  |

令和　　年　　　月　　　日

（宛先）福祉部障害者支援室

障害福祉認定給付課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支援機関

下記の者について、以下のとおり居宅介護サービスの支給を必要と考えます。