

第 8 号様式（第 7 条関係）

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業支給変更（継続）申請書

（あて先）松山市長

次のとおり申請いたします。

申請年月日 年 月 日

申請者 (本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	居 住 地	〒 松山市 電話番号 ()			
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	
変更内容		変更前		変更後	
支 給 量		時間／月		時間／月	
利 用 者 負 担 上 限 月 額		円		円	
入院先医療機関					
入 院 予 定 期 間		～ 年 月 日		～ 年 月 日	
サ ー ビ ス 提 供 事 業 所					
そ の 他 (住 所 等)					
この申請に関して、利用者本人及び本人の属する世帯全員の市民税の課税状況並びに生活保護の受給状況又は私の自立支援給付（障害福祉サービス）の支給決定内容及び利用状況を、松山市が所有する個人情報により調査・確認することに同意します。なお、この調査、確認にあたり、私の属する世帯全員の同意も得ています。また、この申請に関する支給決定に際して、松山市が行う日常生活の状況やサービスの利用意向などの聴き取り調査に応ずることに同意します。					
年 月 日 氏名					
* 同意欄の署名を代筆される場合は、代筆される方のお名前ではなく申請者（利用者）のお名前をご記入下さい。					

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄にご記入ください。）		
フリガナ		申請者との 関 係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号 ()		