様式１号（第５条関係）

日中一時支援事業利用申請書

鞍　手　町　長　　殿

下記のとおり申請します。

なお、日中一時支援事業利用申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料等について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 生年  月日 | | | | 大正  昭和　　　年　　　月　　　日  平成 | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | |
| 居住地 | | | 〒８０７－  鞍手郡鞍手町大字  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生年  月日 | | | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | | | | |
| 支給申請に係る  児童氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 続柄 | | |  | | | | |
| 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 | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他のサービス利用の状況 | | 障害福祉　　サービス | | | | 障害支援  区　　分 | | | | 有・無 | | | 区分 | | | | | | 有効  期間 |  | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | | | | 要介護認定 | | | 有・無 | | | 要介護度 | | | 要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５ | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内容  申請する支援の | | 利用希望事業者 | | | | | 有　・　無 | | | | | | （事業者名） | | | | | | | | |
| （　内　容　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所得  区分 | | 生活保護　　・　　低所得１　　・　　低所得２　　・　　一般 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金・手当等 | | 無 | | | 有　　（　種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |