

年 月 日

水戸市長 様

日中一時支援事業利用申請書

日中一時支援事業の利用を受けたいので、水戸市障害者等日中一時支援事業実施要項第3条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、利用の決定のため、世帯の全員（日中一時支援事業の利用を受ける者が障害児である場合は、世帯の全員及び当該障害児の保護者）の住民登録、税務資料その他の情報について、調査、照会又は閲覧をすることを承諾します。

記

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
	居住地	〒 -		電話番号	- -	
フリガナ			生年月日	年 月 日		
申請に係る 障害児氏名			個人番号			
			続柄			
在学学校名	学校		学年	小・中・高 年		
手帳等の種類	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	自立支援医療受給者証		
手帳番号	号	号	号	号		
等級・程度						
他のサービス 利用状況	障害福祉関係	障害程度区分の認定	有・無	区分1 2 3 4 5 6	有効期間	
	介護保険	利用中のサービスの種類、内容等				
利用者負担区分	利用者負担の区分について次の適用を申請します。（該当するものを○で囲む。）					
	1 生活保護受給世帯に属する者 2 事業を利用する年度（4月から6月までの利用にあっては、前年度）の障害者等の属する世帯の全員（利用者が障害児の場合は、その保護者及び当該障害児の属する世帯の全員）の市町村民税が非課税又は均等割のみの者 3 前2項に掲げる者以外の者					
提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入する。）					
氏名			申請者との関係			
住所			電話番号	- -		
支援を必要とする理由	1月あたり 利用予定時間	左の算出方法				
家族の就労	時間					
家族の一時的な休息又は 冠婚葬祭等の用務	時間					

備考 支援を必要とする理由の欄には、日中一時支援事業の1月当たりの利用予定時間が40時間を超える場合、次の欄に支援を必要とする理由ごとに利用予定時間とその算出方法を記載してください（欄が不足する場合は余白等に記載してください。）。