

水戸市長 様

日中一時支援事業利用登録 (変更・更新) 申請書

障害者等日中一時支援事業を利用したいので、水戸市障害者等日中一時支援事業実施要項第3条第1項 (第4条の2において準用する第3条第1項・第4条の3第2項において準用する第3条第1項) の規定により、下記のとおり申請します。

なお、登録の決定のため、申請者の属する世帯の住民登録、税務資料その他の情報について、調査、照会又は閲覧することを承諾します。

記

申請者 (利用者)	フリガナ		生年月日	年 月 日					
	氏名		個人番号						
	住所	〒 - 電話番号 - -							
児童が 利用する 場合	フリガナ		生年月日	年 月 日					
	児童 氏名		個人番号						
			続柄						
事業対象者であることを証する書類の種類 (該当する番号等を○で囲む)	1 身体障害者手帳 (級) 2 療育手帳 (㊤・A・B・C) 3 精神障害者保健福祉手帳 4 障害福祉サービス受給者証	5 自立支援医療受給者証 6 通所受給者証 7 指定難病特定医療受給者証 8 その他 ()							
世帯等の区分 (該当する番号を○で囲む)	1 生活保護受給世帯等 2 市町村民税非課税世帯又は市町村民税 (均等割のみ) 課税世帯 3 前2項に掲げる世帯以外の世帯								
週当たりの 利用時間数	土	日	小計①	月	火	水	木	金	小計②
月当たりの 利用時間数	小計① ÷ 2 × 8 = (ア)			(ア) + (イ) = 時間 (※)					
	小計② ÷ 5 × 23 = (イ)								

※ 40時間を超える場合は、40時間と記入してください。なお、40時間を超えて利用する場合は、その理由を任意の様式に記入し、提出してください。

水戸市記入欄 (申請者は記入しないでください。)

事業対象者要件	適 ・ 否			利用時間	時間	
利用者の区分				世帯等の区分		
1	2			1	2	3
2以外	重心	遷延	医ケア	生活保護等	非課税 又は 均等割のみ	1・2以外