

記載例

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

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）の規定により、下記のとおり申請いたします。
なお、登録の決定のため、申請者の属する世帯の住民登録について、調査、照会又は閲覧することを承諾します。

障害者手帳等をお持ちの方が

- ①18歳未満の場合、
「申請者」欄＝保護者様
「障害児」欄＝ご本人様
- ②18歳以上の場合、
「申請者」欄＝ご本人様
「障害児」欄＝未記入

記

申請者 (利用者)	フリガナ	ミト タロウ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日					
	氏名	水戸 太郎	個人番号	123456789012					
	住所	〒310-8610 水戸市中央1-4-1 電話番号 029-224-1111							
児童が 利用する 場合	フリガナ	ミト ハナコ	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日					
	児童 氏名	水戸 花子	個人番号	123456789012					
			続柄	長女					
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）	5 自立支援手帳	現在お持ちの全ての手帳等について該当する番号を丸で囲んでください。						
	2 療育手帳（A・A・B・C）	6 通所支援手帳							
	3 精神障害者保健福祉手帳	7 指定居宅サービス受給者証							
	4 障害福祉サービス受給者証	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	該当する番号を丸で囲んでください。							
	2 市町村民税非課税世帯又は市町村民税（均等割）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
		5	5		2		2		4
月当たりの利用時間数	小計①÷2×8=20 (ア)				(ア)+(イ)= 38.4時間(※)				
	小計②÷5×23=18.4 (イ)								

※ 40時間を超える場合は、40時間と記入し、超過する場合は、その理由を任意の様式に記載してください。

例)日曜日に5h、火曜日と木曜日に2h利用する場合

なお、毎週ではなく、月単位で利用する場合等は、(ア)及び(イ)の時間は計算式ではなく、実際の月当たりの利用時間数を記載してください

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		
利用者の区分			
1	2		
	重心	医ケア	
2以外	知的（ ） 肢体（ ）	遷延 スコア 点	
	1	2	3
	生活保護等	非課税 又は 均等割のみ	1・2以外