日中一時支援利用申請書

　年　　　月　　　日日中一時支援利用申請書

　　　西海市福祉事務所長　様

下記のとおり日中一時支援事業を利用したいので申請します。

日中一時支援利用決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、障害者手帳資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者又は保護者 | ふりがな | 　　　　 | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 印 | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒電話番号 |
| 対象児童 | ふりがな |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 障害者手帳 | 長崎県　第　　　　　号　（交付日：　　　　年　　月　　日） |
| 障害等級 | 身体：一種・二種　　 　級知的：A1・A2・B1・B2精神：　　　級 | （部位別等級及び障害名） |
| 該当する所得区分 | 生活保護 ・ 非課税 ・ 課税（所得割）〔３万３千円未満 ・ ２３万５千円未満 ・ ２３万５千円以上〕 |
| 申請理由 | １　介護者の就労等のため２　介護者の社会参加等のため（冠婚葬祭を含む）３　介護者の一時的な休息等のため４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在利用中の福祉サービス(介護保険を含む) | １　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　）２　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　）３　　　　　　　　　　　　　　利用量（　　　　　） |
| 希望する利用日数 | １か月あたり　　　　　日 |
| 備考 | 学校名　　　　　　　　　　　　　　　学年　　　　　　　（※注１） |
| 　 |

注）１　対象者が児童の場合は、保育所、学校名等を備考欄に記入してください。

２　備考欄には、事前に伝えておきたい事項を記入してください。

３　必要に応じ、医師の意見書等を提出いただくことがあります。