

様式第1号(第6条関係)

日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

竹田市福祉事務所長 様

日中一時支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者の状況	住所				
	氏名		電話番号		
	申請に係る児童				
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	障害程度等	身体障害者手帳	第	号	種 級
		療育手帳	第	号(A1 A2 B1 B2)	
		精神障害者 保健福祉手帳	第	号	級
疾病名					
短期入所決定の状況 支給決定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 利用者負担上限月額 円					
サービス利用の状況	介護給付費 訓練等給付費				
	介護保険	要介護度()			
	地域生活 支援事業				

日中一時支援事業の支給決定に係る所得等の調査について同意します。

申請者氏名 _____ (印)

配偶者氏名 _____ (印)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人以外 続柄()
氏名	(印)	連絡先
住所	〒	