

年 月 日

千歳市福祉事務所長 様

障害者等日中一時支援事業費支給申込書

次のとおり事業費の支給を受けたいので申し込みます。また、申込者又はその扶養義務者等の市民税課税状況等、決定に当たり必要な情報について、担当職員が課税台帳等の調査を行うことに同意します。

|                  |                 |                                          |                             |                       |     |
|------------------|-----------------|------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----|
| 申<br>込<br>者      | フリガナ<br>氏 名     |                                          | 生年月日                        | 年 月 日                 |     |
|                  |                 |                                          | 個人番号                        |                       |     |
|                  | 居 住 地           | 〒 (電話番号 )                                |                             |                       |     |
| 利<br>用<br>者      | フリガナ<br>(児童) 氏名 |                                          | 生年月日                        | 年 月 日                 |     |
|                  |                 |                                          | 個人番号                        |                       |     |
|                  |                 |                                          | 続 柄                         |                       |     |
| 手 帳 情 報          |                 | 手帳の種類                                    | 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳等       |                       |     |
|                  |                 | 手 帳 番 号                                  | 第 号                         |                       |     |
| 申 込 理 由          |                 | 就労のため                                    | 社会的理由<br>(就労を除く疾病・冠婚葬祭・看護等) | 私的<br>理由<br>(介護者の休息等) | その他 |
|                  |                 |                                          |                             |                       |     |
| 利 用 希 望 日 数      |                 |                                          |                             |                       |     |
| 備 考              |                 |                                          |                             |                       |     |
| 代<br>理<br>受<br>領 |                 | 事業費の受け取りは、<br>日中一時支援事業者に委任します。<br><br>署名 |                             |                       |     |

(市町村記入欄)

|             |           |
|-------------|-----------|
| 調査日 (認定調査日) |           |
| 区 分         | 1 ・ 2 ・ 3 |