

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。

申込者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
			個人番号	
	居住地	〒 (電話番号)		
利用者	フリガナ(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 (就労を除く疾病・冠婚葬祭・看護等)	私的理由 (介護者の休息等)	その他
利用希望日数				
備考				
代理受領	事業費の受け取りは、日中一時支援事業者に委任します。			署名

(市町村記入欄)

調査日(認定調査日)	
区分	1 ・ 2 ・ 3