

牛久市長 様

申請者 住所
氏名
(続柄)
電話

牛久市障害者等日中一時支援事業利用申請書

牛久市障害者等日中一時支援事業実施規則第6条第1項の規定により、牛久市障害者等日中一時支援事業の利用を申請します。また、申請に必要な世帯の課税状況及び所得状況を市が照会することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地		電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請に係る児童氏名		続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援() 要介護 1 2 3 4 5	
	利用中のサービスの種類と内容等					
利用を希望する理由						
利用希望回数及び時間		1月あたり 回・ 時間 (7月・8月 1月あたり 回・ 時間)				