

利用者番号	—
-------	---

様式第1号（第8条関係）

日中一時支援事業利用申請書

さくら市福祉事務所長 様
 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日生 平成	
	氏名				
	住所	〒 電話番号			
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日生	
利用申請に係る 児童氏名			続柄		
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体障害（障害種別 種 級 番号： ） <input type="checkbox"/> 知的障害（障害程度 番号： ） <input type="checkbox"/> 精神障害（障害等級 番号： ） <input type="checkbox"/> その他（診断名 番号： ） ※ 重複して障害がある場合は、該当するすべての□にレを記入してください。				
他のサービス の利用 状況	障害福祉 サービス	障害程度区分	無・区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	令和 年 月 日
		利用中のサービスの種類と内容（例：短期入所 10日/月、居宅家事援助 20時間/月 など）			
	介護保険	要介護認定	無・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（例：デイサービス 3回/週、短期入所 5日/月 など）			
申請する 支援の内容	日中一時支援				
申請する利用日数	日/月				
備考	※生活保護の受給 無 ・ 有				

- 事実関係の確認できる書類を添付すること。ただし、市の台帳等で照会できる内容であり、照会することに同意されている場合については省略可
- 支給日数は、利用希望日数、区分判定調査に基づき決定されます。

※市 記入欄	区分： 1 ・ 2 ・ 3
	利用日数： 日/月