様式第１号（第６条関係）

日中一時支援事業利用（更新）申請書

年　　月　　日

　　大崎市長　　　　　　　　　様

　次のとおり申請します。

利用の決定に当たり，私の世帯の市民税等について，調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　　）歳 |
| 氏名 | 個人番号： |
| 住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　）　　　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　　）歳 |
| 利用児童氏名 | 個人番号： |
| 申請者との続柄 |  |
| 利用希望の理由 |  |
| １月間の利用希望時間数 | 　　　　　時間 |
| 送迎支援の利用希望 | 有　　　・　　　無行き（　　　　から　　　　まで）　帰り（　　　　から　　　　まで） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害区分 | 身体障害者手帳 | 番号 | 　　　第　　　　号 | 等級 | 　　　　　　級 |
| 障害種別 |
| 療育手帳 | 番号 | 宮城県第　　　　号 | 程度 | 　　Ａ　・　Ｂ |
| 精神保健福祉手帳 | 番号 | 　　　　　　 | 等級 | １級・２級・３級 |
| 発達障害名 |  |
| 難病疾病名 |  |

※発達障害及び難病の方は，病名が確認できる書類を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス利用状況 | 障害福祉サービス | 利用中（申請中）のサービス　区分　有（１・２・３・４・５・６）・　無居宅介護　　短期入所　　生活介護　　就労継続支援（Ａ・Ｂ）放課後等デイサービス　　その他（　　　　　　　　　　　　　）日中通所サービスの利用日数　　　　　日　利用曜日　　　　曜日 |
| 地域生活支援事業 | 地域活動支援センター（名称　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |