様式第１号（第６条関係）

　　　年　　　月　　　日

糸満市障害者等日中一時支援事業利用登録申請書

糸満市福祉事務所長　殿

糸満市障害者等日中一時支援事業実施要綱により下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | |  | | | |
| 電話 | |  | | |
| 居住地 | | |  | | | | | | | | |
| ※利用者が児童の  場合は記入 | フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 申請に係る  児童氏名 | | |  | | | |
| 続柄 | |  | | |
| 学校名等 | | |  | | | | | | 生活保護の  受給有無 | | 有　・　無 |
| 身体障害者  手帳番号 | |  | | | 療育  手帳番号 |  | | | 精神障害者保健  福祉手帳番号 | |  | |
| 医療ケアの必要性 | | | 有・無 | | 医療ケアの内容 | |  | | | | | |

他のサービスの利用状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |
|  | | | | | | | |
| 介護保険 | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | | 要支援　１　２ | | 要介護　１　２　３　４　５ | |
|  | | | | | | | |
| 申請内容 |  | | | | | | | |

同　意　書

上記申請者に扶助される障害者等日中一時支援給付費を指定事業者に支払うことに同意します。

利用者又は申請者氏名