様式第３号（第９条関係）

　　　年　　　月　　　日

糸満市障害者等日中一時支援事業利用（変更・廃止）届出書

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届出ます。

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 | |  | | | | | |

届出の種類及び内容等（該当する項目の□にレ点を記す）

□変更

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | □利用者氏名　□保護者氏名　□居住地　□障害の状況　□その他（　　　　） | |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

□廃止

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止理由 |  |