

様式第1号(第4条関係)

東海村障害者等日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

東海村長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

個人番号

電話番号

利用者との続柄 ()

東海村障害者等日中一時支援事業を利用したいので、東海村障害者等日中一時支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	住 所	〒 ー										
	フリガナ						生年月日	年 月 日				
	氏 名											
	個人番号											
	手帳の種類	身体障害者手帳				療育手帳			精神障害者保健福祉手帳			
	手帳番号	第 号				第 号			第 号			
	等級	1 2 3 4 5 6				Ⓐ A B C			1 2 3			
利用希望事業所						利用希望 日 数	日/月					
課税状況の調査への同意	利用の決定のため、村民税の課税状況について調査することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (課税状況を確認できる書類を添付します。)											
備 考												

記入例

様式第1号(第4条関係)

東海村障害者等日中一時支援事業利用申請書

令和〇年 〇月 〇日

東海村長 様

申請者 住 所 東海村舟石川駅東3-9-33

氏 名 東海 太郎

個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

電話番号 0 2 9 - 2 8 7 - 2 5 2 5

利用者との続柄 (父)

東海村障害者等日中一時支援事業を利用したいので、東海村障害者等日中一時支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

利用者	住 所	〒319-1118 東海村舟石川駅東3-9-33											
	フリガナ	トウカイ イチロウ						生年月日	平成〇年〇月〇日				
	氏 名	東海 一郎											
	個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
		身体障害者手帳				療育手帳				精神障害者保健福祉手帳			
	手帳番号	手帳をお持ちの方はご記入ください										号	
等級・判定	1 2										2 3		
利用希望事業所	〇〇〇 〇〇〇 日中一時の利用を希望される事業所名をすべて記入してください 欄が不足する場合は余白に記入してください						利用希望数	〇 日/月					
課税状況の調査への同意	利用の決定のため、村民税の課税状況について調査することに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (課税状況を確認できる書類を添付します。)												
備考	↑ ■課税状況の調査 利用料の算定に使用します いずれかに☑を入れてください												