

様式第 1 号(第 5 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

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			
	診 断 名												
利用希望事業所								利用希望数 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 ☐ 同意します ☐ 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

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 東海村村松2005

氏 名 東海 太郎

個人番号は前年1月1日時点で
東海村に住民登録がある方は不要です

個人番号

電話番号

029-287-2525

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	〒319-1112 東海村村松2005											
	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		障害者手帳をお持ちの方はご記入ください									号	
	等級・判定	1										2	3
診 断 名													
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 日 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 ☒ 同意します ☐ 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												