

瑞浪市日中一時支援事業利用申請書

瑞浪市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	居住地	〒 電話番号					
フリガナ				生年月日	年 月 日		
支給申請に係る 児童氏名							続 柄
身体障害者手帳 番号			療育手帳 番号		精神保健福 祉手帳番号		
負担上限月額に 関する認定		1 生活保護世帯及び市民税非課税世帯 2 障害者で世帯の市民税所得割額の合計が16万円未満の者 3 障害児で世帯の市民税所得割額の合計が28万円未満の者 4 市民税課税世帯で2及び3以外の者					

サービス利用の 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	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険	要 介 護 認 定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5	
利用中のサービスの種類と内容等						
申請する 支援の内容						

届出者	フリガナ			□申請者 □申請者以外	申請者との関係
	氏 名				
	住 所	〒 電話番号			

※負担上限に関する認定については、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。