

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

恵那市福祉事務所長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄（ ）
電話番号

恵那市日中一時支援事業利用（変更）申請書

恵那市日中一時支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、当該申請に係る審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

利用者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	障害者手帳	種 別	身体・療育・精神	手帳番号
		障害等級 又は程度		
疾 患 名	<small>（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと）</small>			
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 世帯の市民税所得割額の合計が16万円未満の者 3 市民税課税世帯で2以外の者			

他のサービスの 利用状況	障がい福祉 サービス	障害支援区分	障害支援区分（ ）・ 無
		有効期限	
	利用中のサービスの種類と内容等		
	介護保険	要介護認定	要支援（ ）・ 要介護（ ）・ 無
利用中のサービスの種類と内容等			
申請する支援の内容	・ 希望時間数 時間／月		