

毛呂山町日中一時支援事業利用者登録申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

住 所
申請者
氏 名 印

次のとおり日中一時支援事業の利用者登録を受けたいので申請します。

なお、自己負担上限月額の設定に際し必要のあるときは、対象者及び世帯員の住民税等を職員が課税台帳により確認することに同意します。

利用対象者	氏 名					
	住 所 電 話 番 号	電話番号				
	性別・生年月日	男 ・ 女		年 月 日生		
保護者	氏 名	(利用対象者との続柄)				
	住 所 電 話 番 号	電話番号				
	緊急連絡先 (勤務先等)	電話番号				
手帳取得状況	身体障害者手帳	有 (第 号 級 種) ・ 無				
	療 育 手 帳	有 (第 号 級 種) ・ 無				
	精神障害者保健福祉手帳	有 (第 号 級) ・ 無				
	更生相談所，児童相談所 等の判定・診断の有無	有 ・ 無 (判定機関名) (判定年月日 年 月 日)				
他のサービスの利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	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				
	介護保険サービス	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						