

網掛け部分は必ず記入願います。

印西市日中一時支援事業利用申請書

印西市福祉事務所長 様

印西市日中一時支援事業実施規則第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	ふりがな	いんざい たろう		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	印西太郎			
	居住地	印西市大森2364番地2		電話番号	0476-33-4639
申請に係る児童氏名 (18歳未満)	ふりがな	(いんざい いちろう)		生年月日	(平成〇年〇月〇日)
	氏名	(印西一郎)			
	続柄			(子)	
身体障害者手帳番号	千葉県 第〇〇〇〇〇〇号	療育手帳 番号	第〇〇〇〇〇〇号	精神保健 福祉手帳番号	第〇〇〇〇〇〇号

他のサービス利用の状況	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	令和〇年〇月〇日まで
		利用中のサービスの種類と内容等 居宅介護 短期入所 児童発達支援 放課後等デイサービス その他					
申請する支援の内容	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 時間数を記入して下さい。(原則90時間を限度とします。) 日中一時支援 () 時間/月					