

士幌町日中一時支援事業利用申請書

申請者	フリガナ			生年月日	
	氏名	個人番号:			
	居住地				
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	
	個人番号:				
	身体障害者手帳	—	療育手帳	—	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分		有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等			
介護保険	要介護度		有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等			
申請する支援の種類	希望日数	月26日			
	申請に係る具体的内容				

上記のとおり関係書類を添えて日中一時支援事業を申請します。
 この申請に関して士幌町が必要とするときは、私の世帯の課税・所得状況について確認(照会)されることを了承します。また、サービスを利用するにあたり、本人及び家族の個人情報をサービス担当者会議等において、用いることについて同意します。

年 月 日

住所
 申請者
 氏名

士幌町長 様