

地域生活支援事業（日中一時支援事業）利用申請書

赤 磐 市 長 様

次のとおり申請します。なお、この申請につき、市長が私又は私の世帯員の税務関係情報の調査を行うことに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏 名	印				
	居住地	〒 電話番号 ()				
フリガナ			生年月日	年 月 日		
利用申請に係る児童氏名						
障害者手帳の種類と等級		・身体障害者手帳 (級) ・療育手帳 (A : B :) ・精神障害者保健福祉手帳 (級) ・手帳なし				
障害種別						
障害程度区分		非該当 区分 1 区分 2 区分 3 区分 4 区分 5 区分 6 未申請				
(利用予定事業所)						

利用者負担額免除申請書

- ☐ 負担額免除に関する認定
下記の区分の適用を申請します。
(あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。)
- 1. 生活保護受給世帯
 - 2. 市町村民税非課税世帯に属する者

居住地
氏 名