

日中一時・地域活動センターⅡ型支援事業利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長

寝屋川市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細則第 22 条の規定により、下記のとおり申請します。なお、利用者負担額を決定するために必要な場合は、所得及び世帯の状況等について調査することに同意します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名	個人番号：			
	住 所			電 話	— —
フリガナ			生年月日	年 月 日	
支給申請にかかる児童氏名		個人番号：	続 柄		
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神保健福祉 手帳番号	

申請理由及び日数	
利用希望事業所	
介護者等の状況	介護者の有無 〈 有り・無し 〉 介護者の状況