

日中一時・地域活動センターⅡ型支援事業利用変更申請書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長

寝屋川市障害者自立支援法等施行細則第 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				
	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				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