別記第1号様式

日中一時支援支給申請書

豊島区長

次のとおり申請します。また、利用者負担額の決定のため、私の世帯の状況及び課税状況、手当受給状況等を公簿等により調査することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | 個人番号 | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 氏　　名 |  | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 個人番号 | | |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 続　柄 | | | |  | | |
| 障害の種類 | | あてはまるものに○をつけてください。  知的障害　　　　　　身体障害　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | | | 愛の手帳番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用の状況 | 障害福祉  関係サービス | 障害支援  区分の認定 | 有・無 | | 区分　１　　２　　３　　４　　５　　６ | | | | | | | | | 有効  期間 | | |  | | | | | | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  サービス | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | ※申請者（本人）以外の方が提出する場合のみ記入してください。 | | |
| 氏　　　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 受付担当者 | ※　　　　　　備　　　　　　　　考 |
|  |  |  |