様式第1号(第6条関係)

年　月　日

身延町長　様

（申請者）住 所

　　　　氏 名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

利用対象者との続柄等

日中一時支援給付費支給承認申請書

このことについて、次のとおり申請します。

なお、本申請に係る世帯区分に関する確認において必要のあるときは、利用対象者の世帯の住民税課税状況等について課税台帳等の調査を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | フリガナ  氏　名 |  | | | | | 性別 |  | | 生年  月日 | 年　　月　　日 | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　－　　－ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者  手帳番号 | | |  | 療育手帳  番号 | |  | | | 精神障害者  保健福祉  手帳番号 | | |  |
| 障　害　名  及び等級等 | | |  | | | | | | | | | |
| 疾　患　名 | | | (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令に規定する疾患名を記載のこと) | | | | | | | | | |
| 利用対象者  及び  家族の状況 | | |  | | | | | | | | | |
| 申請する内容 | | | 利用目的 | |  | | | | | | | |
| 希望する日数 | | 日／月 | | | | | | | |
| 備　　考 | | |  | | | | | | | | | |

※発達障害にかかる申請は「障害名」欄にその旨を、また「利用対象者及び家族の状況」欄に障害の顕著な状況等を記入してください。