

日中一時支援事業利用登録申請書

年 月 日

川島町長 様

申請者 住 所 川島町大字平沼1175
氏 名 川島 太郎 ㊞※押印

次のとおり川島町日中一時支援事業の利用登録を受けたいので申請します。

申請者	フリガナ	カワジマ タロウ	生年月日	昭和00年00月00日	
	氏 名	川島 太郎			
	住 所	川島町大字平沼1175		電話番号 049(297)1811	
フリガナ		生年月日	年 月 日		
決定に係る 児童氏名		続柄			
身体障害者 手帳番号	※手帳番号記載	療育手帳 番 号	※手帳番号記載	精神保健福 祉手帳番号	※手帳番号記載
更生相談所、児童相談所等の 判定・診断の有無		有 ・ 無 (判定機関名) (判定年月日 昭・平 年 月 日)			
状 他 況 の サ ー ビ ス 利 用 の	障害福祉 サービス	障害程度 区分	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	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			
内 申 容 請	※申請理由等記載				
同 意 書					
川島町日中一時支援事業の利用決定にあたり、私及び私の世帯員の町民税の課税 状況について、担当課またはその他官公署に照会することに同意します。					
年 月 日			住所 川島町大字平沼1175		
川島町長 様			氏名 川島 太郎 印 ※押印		