

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
氏 名

㊟

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		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所	川島町		電話番号	()	
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		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号		
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)				
状況 他のサービス利用の	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				
内容申請内						
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			
川島町長 様			氏名 印			