

様式第1号（第5条関係）

岩国市日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

岩 国 市 長 様

岩国市日中一時支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏 名	個人番号：					
	居 住 地	〒 電話番号（ ） — FAX番号（ ） —					
支 給 申 請 に 係 る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	個人番号：		就学学校	(小・中・特別支援) 学校 学級 年生			
			続 柄				
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		疾病名	

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	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	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 す る 支 援 の 種 類 ・ 内 容	種 類	利用目的					
		希望利用量	回 / 月				
	内 容 (利用施設等)						

