

# 記入例



部分は必ず記載してください

## 大津市障害者日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

- 利用者が、
- 18歳以上の場合
    - ① = 申請者 = 利用者
 または
    - ① = 利用者、申請者 = 家族等
  - 18歳未満の場合
    - ① = 申請者 = 保護者、利用者 = 児童
  - 成年後見人等がついている場合
    - ① = 成年後見人等、申請者 = 利用者

1

住所

氏名

※1 利用者が18歳未満の場合は保護者、18歳以上の場合は本人又は成年後見人、保佐人等

第5条に基づき、下記のとおり申請します。  
世帯の課税状況及び生活保護受給状況について調査すること

申請者 ※1	フリガナ											生年月日	年 月 日	
	氏名													
	住所	〒	-									続柄等		
	電話番号											申請者を送付先に設定する	する・しない	
利用者	フリガナ											生年月日	年 月 日	
	氏名													
	住所	〒	-											
	電話番号													
障害の状況	種別	<input type="checkbox"/> 身体障害		手帳の情報		種		級						
		<input type="checkbox"/> 知的障害		手帳の情報(療育程度)										
		<input type="checkbox"/> 精神障害		手帳の情報				級						
		<input type="checkbox"/> 上記以外												
		【行動援護】の支給決定				有・予定有・無								
	障害認定区分(児童除く)		区分		( ) ※ 障害認定区分無しの場合は空白									
利用申請期間	年 月 日 から 年 月 日													
利用開始日(予定) (初回申請時のみ)	年 月 日 から 利用(予定)													
注意事項	1 利用決定期間は、7月1日以降の希望日(更新の場合は7月1日)から翌年の6月30日です。 2 自己負担額の決定には、市民税の課税状況の確認が必要です。 ・利用希望日時点で、市民税の課税状況の確認が出来ない方(1月2日以降に本市へ転入してきた、保護者・配偶者が単身赴任等で市外に住民票がある等)は、前年度の収入に基づく課税(非課税)証明書も添付してください。 ・18歳以上の方については、収入がない場合でも本人の市民税の申告が必要です。(世帯主の扶養等により非課税となっている場合を除く。)													

送付先を申請者に設定する場合は「する」に○をしてください。「しない」に○、または未記入の場合は、利用者あて送付します。※利用者が18歳以上の場合は、原則本人あて送付します。

分からない場合は空欄で結構です