

(様式第 2 号)

大津市障害者日中一時支援事業新規（継続）利用申請書

年 月 日

(あて先) 大津市長 (申請者)

住 所 〒
氏 名
電話番号

▼通知書等送付先のご希望がある場合は、ご記入ください。

住 所 〒
氏 名
電話番号

大津市障害者日中一時支援事業実施要領第 5 条に基づき、下記のとおり申請します。
なお、利用負担の確認のため、私及び私の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を承諾します。

利用 者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒			
		電話番号			
申 請 種 別	☐ 新規申請 ☐ 変更申請 ☐ 継続申請				
利用申請期間	年 月 日 から 年 月 日				
障 害 の 状 況	種 別	☐ 身体障害	手帳の情報	種 級	
		☐ 知的障害	手帳の情報（療育程度）		
		☐ 精神障害	手帳の情報	級	
		☐ 上記以外			
	【行動援護】の支給決定		有 ・ 予定有 ・ 無		
	障害認定区分（児童を除く）		（ ） ※障害認定区分無しの場合は空白		
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 利用者負担額の決定には、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。 3 上記以外に、添付書類の提出が必要になる場合があります。				