

(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)

1

成年後見人等がついている場合

- ① 成年後見人等
- ② 利用者

利用者が、

1. 18歳以上の場合

- ① = ② = 利用者

2. 18歳未満の場合

- ① = 保護者
- ② = 利用者 = 児童

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

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。

2

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
住 所	〒			
	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <b>新規申請の場合は必ず利用開始希望日を記入してください</b> </div>			
申請種別	<input type="checkbox"/> 新規申請		<input type="checkbox"/> 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	<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)	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <b>該当する項目に チェックしてください</b> </div>
		<input type="checkbox"/> 精神障害	手帳の情報	
		<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。			