第１号様式（第４条関係）

四日市市障害者（児）日中一時支援・移動支援事業利用申請書

　四日市市長

　障害者（児）日中一時支援・移動支援事業の利用について、次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 続　柄 |  | | | |
| 利用申請に  係る児童氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 個 人 番 号 | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |
| 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 |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他のサービスの利用状況 | 障害福祉  サービス | 障害支援区分 | | | | | | 有・無 | | | | 区分 １２３４５６ | | | | | | | | | 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 １２３４５ | | | | | |
| 〔利用中のサービスの種類と内容等〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する  支援の内容 | | 〔希望する福祉サービスに〇をし、支給量を記入してください。〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日中一時支援 | | | | （　　　 ） | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 移動支援 | | | | （　　　 ） | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　印 |

第１号様式（第４条関係）

四日市市障害者（児）日中一時支援・移動支援事業利用申請書

**大人：サービスを利用している方の氏名を記入してください。**

**児童：保護者の氏名を記入してください。**

　四日市市長

　障害者（児）移動支援事業の利用について、次のとおり申請します。

申請年月日　　　○○年△△月××日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | ヨッカイチ　タロウ | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和○○年△月×日 | | | |
| 氏名 | 四日市　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |
| 住所 | 四日市市諏訪町○番△号  電話番号　　　◎×△-×××○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | ヨッカイチ　ハナコ | | | | | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | 長女 | | | |
| 利用申請に  係る児童氏名 | | 四日市　花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 平成△△年◎月××日 | | | |
| 個 人 番 号  **大人：記入の必要はありません。**  **児童：サービスを利用するお子さまの氏名を記入してください。** | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |
| 身体障害者  手帳番号 | |  | | | | | | 療育  手帳番号 | | | | 三重県第○××△○号 | | | | | | | 精神障害者  保健福祉  手帳番号 |  | | 疾病名 |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他のサービスの利用状況 | 障害福祉  サービス | 障害支援区分 | | | | | | 有・無 | | | | 区分 １２３４５６ | | | | | | | | | 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 １２３４５ | | | | | |
| 〔利用中のサービスの種類と内容等〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する  支援の内容 | | 〔希望する福祉サービスに〇をし、支給量を記入してください。〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日中一時支援 | | | | （　○　 ） | | | | | | | | ○回/月 | | | | | | | | | |
| 移動支援 | | | | （　○　 ） | | | | | | | | ○時間/月 | | | | | | | | | |
| 備　　考  **利用者負担額を決定するために、個人情報（住民基本台帳、税情報等）を確認する必要があります。同意書に申請者（児童の場合は保護者）の署名、押印をいただくことで、住民票、課税証明書の提出は必要ありません。** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同意書  私は、この申請に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報、生活保護情報等）を利用することに同意します。  **本人が署名する場合は押印の必要はありません。本人以外が代筆する場合は押印が必要です。**  　　　○○年△△月××日  氏名　四日市　太郎　　印 |