

日中一時支援事業
移動支援事業 利用登録申請書

令和 年 月 日

丹波市長 様

(児童の場合、保護者の方のお名前)

申請者 住所

氏名

電話番号 - -

下記のとおり利用登録を申請します。また、利用料の減免を申請します。
また、申請にあたって、下記の事項に同意します。

- 丹波市長がこの申請に関する世帯状況及び課税状況について関係機関に調査・報告を求めること。
- 丹波市長が登録名簿に記載した利用承認内容を利用事業者へ情報提供すること。
- 必要に応じ、申請者の身体の状態を調査すること。

記

対象者	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名				
	住所				
手帳情報	身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳		
	第 号	第 号	第 号		
利用サービス名(利用したいものに○をつけること。)	(利用希望の事業所があれば記載ください。)				
	ア.日中一時支援事業				
利用料減免の有無	(身体介護の必要性があれば、その該当項目に○をして下さい。)				
	イ.移動支援事業 ①歩行 ②車椅子、トイレへの移乗 ③排尿 ④排便 ⑤移動(買い物) ⑥交通手段での利用				
疾病の診断名称	(下に該当する方が利用料の減免の対象となります。)				
	(1)生活保護を受給している世帯 (2)市民税非課税世帯				
医療的ケアの必要性	(医師等から受けた診断名がある場合記載すること)				
	(有りの場合、その内容を記載すること)				
緊急連絡先	氏名		続柄		
	連絡場所	連絡先			

* 添付書類:各障害者手帳の写し

* 丹波市確認欄(申請者記入不要)

障害者手帳の確認	年齢要件	世帯の所得状況	承認の有無
()身体障害者手帳	()18歳未満	()市民税課税世帯	()承認
()療育手帳	()18歳以上	()市民税非課税世帯	()不承認
()精神障害者保健福祉手帳		()生活保護世帯	