

様式第1号(第5条関係)

剣淵町障害者等日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

剣 淵 町 長 様

住所
申請者 氏名 印
続柄
電話番号

下記のとおり剣淵町障害者等日中一時支援事業を利用したいので申請します。

利用希望者氏名	個人番号			
利用希望者住所				
生 年 月 日	年 月 日 生			
障 害 の 区 分	身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 児童			
手帳の有無等	身体障害者手帳	有 ・ 無	手帳の番号等	
	療 育 手 帳	有 ・ 無	手帳の番号等	
	障 害 者 手 帳	有 ・ 無	手帳の番号等	
生活保護の受給の状況	受給中 ・ 受給していない			
利用希望日数				
利用希望の理由				
特 記 事 項				

※添付書類 本人又は扶養義務者の市町村民税額を証明する書類

(下記同意いただく場合は不要です)

同 意 書
私は、この申請に係る事務を行うため、剣淵町長が町の所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）を利用することに同意します。
年 月 日
氏名 印