

(様式第5号)

日中一時支援給付費支給申請書

申請年月日 年 月 日

氷見市社会福祉事務所長 あて

次のとおり日中一時支援給付費の支給を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名		続柄	
	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			

障害福祉関係サービスの利用状況	障害支援区分の認定	無 ・ 有 (区分 1 2 3 4 5 6)			
		有効期間			
	利用中のサービスの種類と内容等				
申請に係る具体的内容					
食事提供加算対象者の認定申請	<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない				
日中一時支援給付費の支給について、日中一時支援事業所が私に代わって受領することに同意します。					
氏名 _____					
私は、障害福祉担当職員に税務担当課所有の世帯員の収入及び課税情報の提供又は閲覧する権限を委任します。					
氏名 _____					

※障害福祉担当職員に収入及び課税情報の提供又は閲覧する権限を委任されない場合は、この用紙に世帯員の前年度の課税所得及び収入を証明する所得証明を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	電話番号		