

鹿島市障害者等日中一時支援事業利用申請書

申請者	住 所			
	氏 名	(個人番号)		
	電 話 番 号		対 象 者 と の 続 柄	
対象者	住 所		生 年 月 日	年 月 日生
	氏 名	(個人番号)	性 別	男 ・ 女
	就 学 状 況	学校名	学校	学年
	障 害 手 帳 等 の 内 容	有 (交付年月日 年 月 日) (障害の等級) ・ (障害名) 無		
利 用 を 希 望 す る 曜 日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日			
送 迎 利 用 の 有 無	有 (理由 :) ・ 無			
利 用 を 希 望 す る 施 設 名				
申請の理由				
特記事項 (特に注意が必要な心身の状況等)				
上記のとおり鹿島市障害者等日中一時支援事業実施要綱に基づき、利用を申請します。				
年 月 日 鹿島市長 様 申請者 印				

同意書	
貴市が日中一時支援事業の利用負担額決定に関して必要であると認めるときは、収入・課税・世帯状況等につき、関係機関に対し市が必要な文書の閲覧若しくは資料等の提供を求めることに同意します。	
年 月 日	住 所 氏 名 印