

上天草市日中一時支援事業登録申請書

年 月 日

上天草市長 様

申請者 住 所
氏 名 ㊟
(続柄：)

上天草市日中一時支援事業実施要綱第5条の規定により、事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、日中一時支援事業登録申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾いたします。

また、日中一時支援事業の適正な実施のため、申請書の写し等個人情報を利用事業所へ情報提供することに同意します。

対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所					
	身体障害者手帳	番号		等級	級	交付年月日 年 月 日
	障害名					
	療育手帳	番号		障害の程度		交付年月日 年 月 日
	在学中の学校等名・学年					
身体 の 状 況	歩 行	可	要介護	不可	排 便	可 介護 おむつ
	聴 力	普通	やや難	難	着 衣	可 一部介護 全介護
	視 力	普通	弱視	全盲	<u>注意すべき点 (疾病等)</u>	
	言 語	普通	障害あり			
	食 事	可	一部介助	全介助		
利用希望事業	日帰りショートステイ ・ タイムケア事業 (どちらかに○を)					
利用予定事業所名						
申理 請 す る 由						
緊急 連絡 時 の 等	※携帯電話・会社等の必ず連絡が取れる連絡先を記入してください。					
備 考						

日帰りショートステイを希望する場合、介護給付の短期入所の支給決定を受けなくてはなりません。