

年 月 日

川越市長宛

川越市障害者 日中一時支援事業利用登録申請書

※該当する「□」に「○」をつけて、記入して下さい。

No.

ふりがな			生 年		才
利用者氏名			月 日		
住 所	〒□□□-□□□□				
	☎電話 ()-				
ふりがな		利用者が18歳未満の方だけ記入して下さい。	利用者の配偶者(夫・妻)氏名		
保護者氏名					
負担上限月額「□」に「○」をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯及び中国残留邦人等支援給付受給世帯				
	〈世帯の範囲は〉 ・18才以上の利用者は、 <u>利用者と配偶者</u> です ・18才未満の利用者は、 <u>住民票が同一</u> である家族等です				
どのような時に利用しますか(利用目的)					
<input type="checkbox"/> 介護者の就労のため <input type="checkbox"/> 介護者の一時的休息のため <input type="checkbox"/> 利用者の社会参加のため <input type="checkbox"/> 利用者の日常的な訓練のため <input type="checkbox"/> その他 具体的に書いて下さい → ()					
介護保険	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 該当なし		利用している障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他 ()	
身体障害者手帳	No. 第 _____ 号	()級	<input type="checkbox"/> 要介護あり <input type="checkbox"/> 要介護なし		
療育手帳	No. 第 _____ 号	<input type="checkbox"/> ㊤ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 要介護あり <input type="checkbox"/> 要介護なし		
精神保健福祉手帳	No. 第 _____ 号	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
年 _____ 月から利用			<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 継続登録(既登録済)		