様式第19号

（ 新規 ・ 継続 ・ 変更 ）

日中一時支援事業 利用申請書

申請年月日 令和 年 月 日

小山市長 様

下記のとおり、日中一時支援事業の利用を申請します。

また、日中一時支援事業の利用決定のため、申請者又は利用者世帯の住民登録資料、税務資料、その他必要な資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	印		
	住所	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
利用者氏名			申請者との関係	
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	
等級	種 級	判定		等級	級
申請回数	日／月	支給決定	日／月		

利用中のサービス：

家族構成	氏名	続柄	勤務先又は学校名	勤務時間等	勤務先電話番号	備考
				： ～ ：		
				： ～ ：		
				： ～ ：		
				： ～ ：		
				： ～ ：		

利用希望理由	該当する番号に〇をつけてください。 1. 就労している。 2. 病気等により療養中である。 3. 就労の準備のため学校等に通っている。 4. 他に介護を要する家族がいる。 5. その他（具体的に）【 】

緊急の連絡先（携帯電話番号等）

1.

2.

※グループホーム（共同生活援助）・施設入所支援の利用者は当事業を利用できません。