

様式第1号（第7条関係）

障害者等日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

ひたちなか市福祉事務所長

様

申請者

住所

氏名

対象者との関係

電話番号 ()

障害者等日中一時支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
			個人番号		
	住所	〒			
	電話番号				
	障害者手帳	身体・療育・精神		等級	
障害内容					
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	個人番号	職業等
課税状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> 市町村民税均等割のみ <input type="checkbox"/> その他				
<p>承諾書</p> <p>上記の申請の手續上、私及び同一世帯の扶養親族等の市民税課税状況について必要があるときは、市長が税務関係当局へ報告を求めることを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>					