

様式第3号（第7条関係）

鶴ヶ島市障害者日中一時支援事業利用（変更）申請書

年 月 日

（あて先）鶴ヶ島市長

住所  
申請者 氏 名  
（対象者との続柄： ）  
電話番号

鶴ヶ島市障害者日中一時支援事業実施要綱第7条第1項（第7項）の規定により、鶴ヶ島市障害者日中一時支援事業の利用（変更）をしたいので、下記のとおり申請します。

記

対 象 者	フリガナ 氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所	鶴ヶ島市		
	電話番号			
手帳取得状況等	1 身体障害者手帳	有・無 (番号： ) ( 級 種)		
	2 療育手帳	有・無 (番号： ) (㊤ABC 種)		
	3 精神障害者保健福祉手帳	有・無 (番号： )		
	4 更生相談所、児童相談所等の判定・診断の有無	有・無 (判定機関名： ) (判定年月日： 年 月 日)		
利用（変更）期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
利用（変更）希望日数	日／月			
その他の変更内容				
利用（変更）を希望する理由				
利用料の免除	<input type="checkbox"/> 希望する（希望する場合は、□にレ点を記入。）			

添付書類（市長が添付を要しないと認めるときは、省略することができる。）

- 1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、その他判定通知書等の写し
- 2 世帯員の市区町村民税の課税状況等を証明する書類
- 3 主治医の診療情報提供書
- 4 利用者証（変更申請の場合）

同 意 書

事業における利用者の費用負担の免除の認定のため必要があるときは、鶴ヶ島市が世帯員の市民税の課税状況等について調査の確認をすることに同意します。  
また、事業の利用のために、必要に応じて、市が主治医や関係者等に状況を確認することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ ㊤