

様式第1号（第5条関係）

能代市日中一時支援事業利用申請書

年 月 日

能代市長 様

次のとおり、能代市日中一時支援事業の利用を申請します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所	〒				
		電話番号				
申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
				続 柄		
身体障害者手帳	有・無	番号			等級	
療 育 手 帳	有・無	番号			等級	
精神障害者 保健福祉手帳	有・無	番号			等級	
申 請 内 容	放課後支援型 ・ 短期入所型 ・ 医療施設型					
生活保護受給の有無	受給している ・ 受給していない					

同 意 書

能代市日中一時支援事業の利用者負担額の確認のため、同一世帯全員の住民税課税額等について、貴職が調査することに同意します。

年 月 日 申請者氏名