

日中一時支援事業 利用申請書

下野市長 様

次のとおり申請します。



申請年月日 平成20年3月15日

申請者	フリガナ	シモツケ シンタロウ		生年月日	昭和50年1月4日
	氏名	下野 新太郎	印		
	住所	〒 329-0594 下野市石橋552-4			電話
フリガナ	シモツケ コウタロウ		生年月日	平成15年8月21日	
利用者氏名	下野 耕太郎		申請者との関係	長男	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	栃木県第123	精神障害者保健福祉手帳番号	
申請回数	月10回	支給決定	月	回	備考

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
	下野 新太郎	本人	〇〇会社	8:30~17:00	0285-52-1112	
	下野 花子	妻	主婦	: ~ :		
	下野 耕太郎	長男		: ~ :		
				: ~ :		
				: ~ :		
				: ~ :		

該当する番号に○を付けてください。(監護する方が)

利用希望理由

- 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 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(勤務先の電話番号、携帯番号等)

1 携帯電話 090-1234-5678

2

※ 申請書氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。