

つくば市障害者日中一時預かりサービス利用費助成金支給申請書（ 年度）

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

日中一時預かりサービス利用費に係る助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (介護をしている者・保護者)	氏名						介護を受けている障害者等との続柄	
	個人番号						年齢	
	住所						市町村民税の課税状況	課税・非課税
	電話番号						生活保護受給等の有無	有・無
介護を受けている障害者等	氏名						市町村民税の課税状況	課税・非課税
	個人番号							
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢		
介護を受けている障害者等の区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 小学生(低学年) <input type="checkbox"/> 小学生(高学年) <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> その他							
支給対象要件	【介護を受けている者が18歳以上である場合】 <input type="checkbox"/> 1 短期入所の支給決定を受けていること。							
	【介護を受けている者が18歳未満である場合】 <input type="checkbox"/> 1 短期入所の支給決定を受けていること。 <input type="checkbox"/> 2 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの交付を受けていること。 <input type="checkbox"/> 3 医師の診断書により心身に障害があると認められていること。							
申請区分	【介護を受けている者が18歳以上である場合】 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分1							
	【介護を受けている者が18歳未満である場合】 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 重度心身障害児							
申請者の属する世帯の状況 (介護を受けている障害者等を除く)	氏名	年齢	申請者との続柄	障害の有無	市町村民税の課税状況	申請者を対象とした扶養の状況		
				有・無	課税・非課税	している・していない		
				有・無	課税・非課税	している・していない		
				有・無	課税・非課税	している・していない		
				有・無	課税・非課税	している・していない		
				有・無	課税・非課税	している・していない		
申請する助成割合区分	<input type="checkbox"/> 課税区分 <input type="checkbox"/> 非課税区分 <input type="checkbox"/> 生活保護等の区分							

申請者を扶養している者が別の世帯にいる場合は、その者の状況を下欄に記入してください。

氏名	年齢	申請者との続柄	障害の有無	配偶者の有無等	市町村民税の課税状況	住所	電話番号
			有・無	有 (氏名 無)	課税 ・ 非課税		