

(令和 年度)
令和 年 月 日

(申請先) 土浦市長

(申請者) 【18歳未満は保護者名で申請してください。】

住 所 〒
土浦市

氏 名
利用者との続柄 ()
連絡先

土浦市地域生活支援事業利用申請書 (日中一時支援事業用)

地域生活支援事業を利用したいので、土浦市地域生活支援事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

(※該当するものに✓点をつけてください。)

| | | | | | |
|---------------------|---|---|------|-----------------|-----------|
| 利用者 | ※ 住 所 連絡先 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 土浦市 Tel: () | | | |
| | ふりがな 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 | | | |
| | ※ 日中活動の場所 | <input type="checkbox"/> 学校：学校名 () ・ 年) *現在の学年 <input type="checkbox"/> 施設：施設名 () <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤め先 (勤務状況) ・ 学校 | 備考 (健康状態) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 利用施設名 | | | | | |
| ※ 利用目的 | <input type="checkbox"/> 主に、土日祝日の介護困難な場合に利用します。 <input type="checkbox"/> 主に、介護者の就労・通院・本人以外の介護等により介護が困難となった場合に利用する。 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 利用希望時間数 (最大80時間) | 週 _____ 時間 × 5週 = _____ 時間 / 月 ↳ (平日利用見込時間：週 _____ 時間， 土日利用見込時間：週 _____ 時間) | | | | |
| ※ 課税状況 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 | | | | |

(令和 年度)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(申請先) 土浦市長

(申請者) 【18歳未満は保護者名で申請してください。】

住所 〒300-8686

土浦市大和町9-1

氏名 土浦 太郎

利用者との続柄 (父)

連絡先 090(1234)5678

枠内全て記入していただくようお願いいたします。

土浦市地域生活支援事業利用申請書 (日中一時支援事業用)

地域生活支援事業を利用したいので、土浦市地域生活支援事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

(※該当するものに✓点をつけてください。)

| | | | | | |
|---------------------|---|--|----------|--------------|--------------------------------------|
| 利用者 | ※ 住所 連絡先 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 土浦市 Tel: () | | | |
| | ふりがな 氏名 | つちうら いちろう 土浦 一郎 | | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日 | | | |
| | ※ 日中活動の場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 学校: 学校名 (〇〇中学校 ・ ○年) *現在の学年 <input type="checkbox"/> 施設: 施設名 () <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤め先(勤務状況)・学校 | 備考(健康状態) |
| | 土浦 太郎 | 父 | S〇. 〇. 〇 | 〇〇会社 | 特に何もなければ、「特になし」とご記入ください。 |
| | 土浦 花子 | 母 | S〇. 〇. 〇 | 主婦 | |
| | 土浦 二郎 | 弟 | H〇. 〇. 〇 | 〇〇小学校 | |
| | | | | | |
| 利用施設名 | 土浦デイサービス ※利用希望の施設を全て記入してください。 | | | | |
| ※ 利用目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 主に、土日祝日の介護困難な場合に利用します。 <input checked="" type="checkbox"/> 主に、介護者の就労・通院・本人以外の介護等により介護が困難となった場合に利用する。 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 利用希望時間数 (最大80時間) | 週 8 時間 × 5週 = 40 時間/月 ↓ (平日利用見込時間: 週 5 時間, 土日利用見込時間: 週 3 時間) | | | | |
| ※ 課税状況 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 | | | | 記入不要です。 |