

**釧路市 障がい者(児)日中一時支援(タイムケア)事業・移動支援事業 利用登録申請書**  
(兼 利用者登録認定調書)

釧路市長あて

下記の通り利用者登録を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者 (利用者が 児童の場合は 保護者名)	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	電話番号	
利用者が児童 の場合に記入	フリガナ		生年月日
	児童氏名		年 月 日

○対象要件の確認のため、下記にチェックと番号を記入してください(いずれか1つ)。

① 障害者手帳をお持ちの方	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (番号: )
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (番号: )
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (番号: )
② ①をお持ちでない方	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 (番号: )
	<input type="checkbox"/> 児童通所支援受給者証 (番号: )
③ ①、②をお持ちでない方	<input type="checkbox"/> 診断書 ※診断書の添付が必要です。

○利用を希望する事業にチェックしてください。

日中一時支援事業 (タイムケア)	<input type="checkbox"/> 施設での支援を希望する <input type="checkbox"/> 自宅等での支援を希望する
移動支援事業	<input type="checkbox"/> 希望する

※以下は、釧路市確認欄ですので、記入しないでください

利用登録期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
受給者証番号	

(釧路市決裁欄) 上記申請内容にて、利用者登録いたしたい。

起案	年 月 日	課長	課長補佐	専門員	係	担当	施行印
決裁	年 月 日						
施行	年 月 日						