別記様式第１号（第５条関係）

今治市医療的ケア児在宅レスパイト費支給申請書

年　　月　　日

　（宛先）　今治市長

 住所

 申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　今治市医療的ケア児在宅レスパイトサービス費の支給を受けたいので、今治市医療的ケア児

レスパイト費事業実施要綱第５条の規定により申請します。

|  |
| --- |
| 住所　〒　　　　　　今治市　　　　対象者氏名　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日生　）　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　（連絡先）　　　　－　　　　　　　　 |
| 障害等級等 | 身体障害者手帳 |  | 療育手帳 |  | 精神障害者保健福祉手帳 |  |
| 身体及び介護の状況（具体的に） |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | 備考 |
|  |   | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号年齢住所及び連絡先 |
| 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　　　 |
| 申請時間（年間）　　　　　　　　　時間※利用申請月から3月までの残月数×４時間を上限とする。　　　　　　　　　　 |
| 利用理由　 |
| 備　　考 |