

# 宇治市障害者等地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）サービス利用申請書

自筆の場合は押印省略可

宇治市長 あて

新規  
変更

申請者	住所	
	ふりかな	
	氏名	⑩
	TEL	

下記のとおり、宇治市障害者等地域生活支援事業サービスの利用を申請します。

利用者	ふりかな		生年月日		年	月	日		
	氏名								
	身体障害者手帳	京都府 第( )号	等級	級	再認定日		年	月	日
	療育手帳	京都府 第( )号	等級		再判定日		年	月	日
	精神手帳	京都府 第( )号	等級	級	再判定日		年	月	日
	精神通院医療 又は疾病名	受給者番号 ( )	疾病名 ( )						

希望するサービス	事業名	希望時間数	変更前時間数	利用者区分			
	移動支援	時間 / 月	時間 / 月	車いすを常用している肢体障害者・児 知的障害者・児 精神障害者・児			
	日中一時支援	時間 / 月	時間 / 月	知的障害者		精神障害者	
				身体障害児		知的障害児	
			障害支援区分		障害児区分		

日中一時支援事業の新規・変更の場合、短期入所の時間数変更申請も別途必要です。

障害支援区分・障害児区分が不明の場合は、  
区分認定を受けていただく必要があります。

認定調査  
予定日

所得区分	市民税課税	確認が必要な世帯は、利用者が18才以上の場合、本人と配偶者。利用者が18才未満の場合、申請者（保護者）及び住民票上同一世帯の18才以上の方全員。前々年1月1日以降（7月～12月申請の場合は前年1月1日以降）に宇治市に転入された場合は、前住所地での課税証明書（世帯全員分）が必要です。
	市民税非課税	
	生活保護	

申請書提出者	申請者本人		申請者本人以外（下欄に記入）	
	ふりかな		申請者との関係	
	氏名		TEL	
	住所			