○年○月○日

（別記様式第１号）

神戸市重症心身障害児対象事業加算利用申請書

神戸市長宛

保護者住所

保護者氏名○○○○○○○○○○○○○○○○

次のとおり神戸市重症心身障害児対象事業加算制度を利用したいので，申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 性別 | 男／女 | 生年月日 | 年○○月○○日 |
| 住所 | 電話番号 |
| 手帳の状況 | 身体障害者手帳（番号○○○○○○○○○○○○）療育手帳○○○（番号○○○○○○○○○○○○） |

（注意点）

１　利用申請書の提出の際には、必ず本人であることと程度区分が確認できる部分の身体障害者手帳及び療育手帳の写し、神戸市発行の「障害児支援受給者証」の写しを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| この申請に関して、利用者本人の障害福祉サービス及び障害児施設利用状況を神戸市が所有する個人情報により調査・確認されることに同意します。 | 保護者同意欄 |
|  |

|  |
| --- |
| （神戸市使用欄のため以下は記入しないでください） |
| 障害者支援課 | １　判定年月日（　　　　　　　年　　　　月　　　　日）２　重症心身障害児対象事業加算の利用者として（該当・非該当） |