

地域生活支援事業  
支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

能美市福祉事務所長 宛て  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名					
	居住地	〒	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日		
			続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名		
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険サービス		要介護認定	有・無	要介護度	要支援( )・要介護	1 2 3 4 5
		利用中のサービスの種類と内容等				

申請するサービス	サービスの種類	申請に係る具体的内容	
	<input type="checkbox"/>	移動支援事業	時間/月
<input type="checkbox"/>	日中一時支援事業 I型	回 /月	
<input type="checkbox"/>	日中一時支援事業 II型	日 /月	
<input type="checkbox"/>	訪問入浴サービス事業	回 /月	
<input type="checkbox"/>	生活サポート事業	時間/月	
<input type="checkbox"/>	地域活動支援センター	回 /月	

利用者負担額決定のため、福祉事務所長が世帯状況、所得等について調査をすることに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

減額・免除申請するときのみ記入してください。

(※自立支援給付の受給を受けている場合は記入する必要はありません)

申請する減免の種類

負担上限月額に関して、下記の区分の適用を申請します。

(あてはまるものに○をつける。)

1. 生活保護受給世帯
2. 市町村民税非課税世帯に属する者
3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割 16 万円未満、障害児：所得割 28 万円未満）に属する者

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		