

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 あて
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			個人番号										
	氏名			生年月日	年		月		日					
	居住地	〒		電話番号										
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			個人番号										
	氏名			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	有効期間			
		利用中のサービスの種類と内容等												
サービス利用の状況	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"/>	日中ショートステイⅠ型	回 /月	
<input type="checkbox"/>	日中ショートステイⅡ型	日 /月	
<input type="checkbox"/>	障害児タイムケア事業	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

I 負担上限月額に関する認定

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。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)

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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの(資産要件: [該当] [非該当])
3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの(資産要件: [該当] [非該当])
4. 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)で資産要件を満たすもの

※18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

II 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定

生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置 補足給付の特例措置)を申請します。

※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

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		