

地域生活支援事業利用申請書

山県市福祉事務所長 様

山県市障害者地域生活支援事業の実施に関する条例施行規則第3条の規定により、次のとおり申請します。

なお、利用者負担額算定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料等、下記申請内容について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

また、この申請により決定した利用者負担額を、事業者に支払うこと及び事業所へ受給者証の写しを提供することを同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号				
	居住地	〒		電話( ) ー		
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る児童氏名	個人番号			続柄	
身体障害者手帳番号	都道府県第 級	都道府県 号	療育手帳番号	都道府県 号	精神障害者保健福祉手帳番号	
				A・A1・A2・B1・B2		
疾病名						

申請するサービスの状況	現在のサービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
		施設サービス	利用中の施設名等				
		地域生活支援サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
		介護保険申請する支援	要介護認定	有・無	要介護度	要支援( )・要介護	1 2 3 4 5
地域生活支援事業の状況等	種類	<input type="checkbox"/> 移動支援		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター( <input type="checkbox"/> デイサービス・ <input type="checkbox"/> 小規模作業所)			
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス		<input type="checkbox"/> 日中一時支援			
	内容等						

\* 記載していただいた個人情報は、本市の障害福祉事業以外には利用しません。

(裏面)

1 世帯に関する事項

氏名	続柄	生年月日	市町村民税の有無	備考
	本人	年 月 日	有・無	
			有・無	

2 負担上限額算定に関する事項

(当てはまるものに○を付ける。)

1 生活保護受給世帯
2 市町村民税非課税世帯
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)のもの
4 一般(上記 1、2、3 に該当しないもの)
* 「世帯」とは、利用者が障害者の場合は当該利用者及びその配偶者とし、利用者が障害児の場合は障害児並びに主たる生計維持者及びその被扶養配偶者とする。ただし、配偶者及び被扶養配偶者については住民基本台帳上同一の世帯に属する者のみとすることができる。