

地域生活支援事業利用申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

田 辺 市 長 あて

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和					
	氏名			平成	年	月	日	歳	
	居住地	〒	—	電話番号	—	—			
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					

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	1	2	3	4	5	6	有効期間	年	月	日まで	
	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

申請するサービスの種類	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 (<input type="checkbox"/> 日中ショート・ <input type="checkbox"/> デイサービス事業)			
	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	
	<input type="checkbox"/> 生活訓練等事業	<input type="checkbox"/> 代読・代筆奉仕員派遣事業	<input type="checkbox"/> 意思疎通支援者派遣事業	
申請に係る具体的内容				

減免の種類	<input type="checkbox"/> 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 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ①利用者本人の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 ② ①以外のもの			
	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)			

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。別に委任状又は本人の身体障害者手帳等の写しが必要。)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒	電話番号	

■地域生活支援事業等の支給の申請・決定・利用及び利用者負担額の算定・決定に当たって、私及び私の属する世帯(以下、世帯)に関する住民基本台帳、世帯の課税状況等、特別障害者手当等の受給状況、生活保護受給の有無を田辺市が各関係機関に照会し、確認することについて同意いたします。またこのことについて、世帯の承諾を得ています。

「世帯」…18歳以上の障害者(施設入所者除く)は、本人及び配偶者。18歳未満の障害児(施設入所の18~19歳を含む)は、障害児の保護者が属する世帯全員。

■サービス等利用計画又はサービス提供計画を作成する必要があるときは、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容等を、田辺市が指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意いたします。

申請者氏名