　様式第２４号（第６３条関係）

地域生活支援給付事業利用申請書兼負担上限月額減額・免除申請書

恵庭市長　様

恵庭市地域生活支援事業実施要綱第６３条第１項の規定により、次のとおり関係資料を添えて地域生活支援給付事業の利用について申請します。

申請年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

１．申請者欄（障がい者本人・児童の場合は当該申請に係る保護者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 性別 | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | |  | | 電話番号 | |  | |
| 居住地 |  | | | | | | | |
| 申請する児童 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 性別 | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | |  | | 申請者との続柄 | |  | |
| 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 |  |
| 障害基礎年金受給の状況 | | | | | 1級　・　2級　　受給 | | | | |

２．世帯の状況（申請者と住民票を同じくする世帯員。申請者は除く。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯員 | 生年月日 | 本人との関係 | 市町村民税の状況 |
|  |  |  | □　課税　　　□　非課税 |
|  |  |  | □　課税　　　□　非課税 |
|  |  |  | □　課税　　　□　非課税 |
|  |  |  | □　課税　　　□　非課税 |

(1) 本申請に係る決定に当たり、恵庭市が私及び私の世帯の住民情報を住民票等公簿で調査すること。

(2) 本申請に係る決定に当たり、恵庭市が私及び私の世帯の課税状況を税務関係資料等公簿で調査すること。

(3) 本申請に係る決定に当たり、恵庭市が私の申告した内容に誤りがある場合は、遡って再認定を受けること。

※住民票等公簿による調査について、世帯構成員全員の同意が得られない場合は、世帯に記載された住民票

　　を添付してください。

※税務資料等公簿による調査について、世帯員全員の同意が得られない場合は、同意の得られなかった世帯構成員の課税証明書を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 以上について同意します | 本人（申請者）同意欄 |

３．申請書提出者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請提出者 | □申請者本人　□申請者以外（下欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　　（　　　　　） | | |

４．サービスの利用状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分 | 区分  1 2 3 4 5 6 | | 有効期間 | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで |
| 利用中のサービスの種類と内容 | | | | | |
| 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 | | | |  | |

５．支援を要するサービスの種類（希望するサービスの□欄にチェックを入れてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | サービスの種類 | 支給量 | 具体的内容 |
| 1 | * 移動支援　身体介護無し | 時間/月 |  |
| 2 | * 移動支援　身体介護有り | 時間/月 |  |
| 3 | * 訪問入浴サービス | 回/週 |  |
| 4 | * 日中一時支援　単独型 | 日/月 |  |
| 5 | * 日中一時支援　併設型 | 日/月 |  |
| 6 | * 日中一時支援　ケア型 | 日/月 |  |
| 7 | * 日中一時支援　重度心身入浴型 | 日/月 |  |
| 8 | * 福祉ホーム | 日/月 |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 | * 上限管理事業所の指定 | 年　　　月　　　日から | |

６．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。

|  |
| --- |
| 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合計額が80万円以下  3　市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外の者  4　市町村民税課税世帯 |

＜担当課記入欄＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 処理欄 | 受付 | 審査 | 決定 | 交付 |
| 負担限度額 | 1　・　2　・　3　・　4 | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| 円 | | | | | | | | | |