様式第1号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紀の川市障害者地域生活支援事業支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書  （宛先）紀の川市福祉事務所長  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 | | 個人番号： | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | | | 個人番号： | | | | | | | |
| 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 | | |  |
| 障害基礎年金受給の有無 | | | | | | | | | | | | | | 有(1級・2級)　・無 | | | |
| ※障害基礎年金を受給されている方については、年金証書若しくは年金が振り込まれている預金通帳を必ずご持参下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | |
| 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(支給時間等) | | | | |
| □　移動支援事業 | | | | | □身体介護を伴う | | | | | | | 時間／月  (利用事業所名) | | | | |
| □身体介護を伴わない | | | | | | |
| □　生活支援事業 | | | | | | | | | | | | 日／月  (利用事業所名) | | | | |
| □　日中一時支援事業 | | | | | | | | | | | | 日／月  (利用事業所名) | | | | |
| (備考) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 中国残留邦人等支援受給世帯  3　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  4　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 |
| □　Ⅱ　利用者負担減免に関する認定  所得税非課税世帯にあてはまるため、利用者負担の減免を申請します。 |
| □　Ⅲ　生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)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)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。 |
| 世帯範囲の特例 | □　下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。  1　税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。  2　医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。 |

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。

利用者負担上限月額を決定するために、生活保護の受給の有無、障害年金又は特別児童扶養手当の受給状況、所要の課税資料等を担当者が閲覧する場合があります。

　サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用計画意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、紀の川市から指定相談支援事業者、地域生活支援事業者等の関係人に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| 氏名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住所 | 〒  紀の川市  電話番号 | | |

紀の川市障害者地域生活支援事業世帯状況・収入等申告書

（宛先）紀の川市福祉事務所長

申告年月日　　　　　年　　月　　日

申告者（保護者）住所

（保護者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号：

次のとおり申告します。

１　世帯の状況等について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 生年月日 | 個人番号 | 本人との関係 | 市町村民税の状況 |
| 申請者 |  |  |  |  | □課税　　□非課税 |
| 世帯主 |  |  |  |  | □課税　　□非課税 |
| 世帯員 |  |  |  |  | □課税　　□非課税 |
|  |  |  |  | □課税　　□非課税 |

２　申請者の収入の状況について

(1)合計所得金額の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 合計所得金額 | 円 |

(2)収入等の状況

収入（Ａ）（年収）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 種　類 | 収入額 |
| 稼得等収入 | 障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等） | 円 |
| 特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当） | 円 |
| 工賃等収入 | 円 |
| その他の収入（　　　　　　　　） | 円 |
| その他  収入 | 仕送り収入 | 円 |
| 不動産等による家賃収入 | 円 |
| その他の収入（　　　　　　　　） | 円 |

必要経費（Ｂ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種　　　類 | 内　容 | 金　額 |
| 租　　　税 |  | 円 |
|  | 円 |
| 社会保険料 |  | 円 |
|  | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者  との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  電話番号 | | |

（記入上の注意）

　１．収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。

　　２．書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。

　　３．不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。