様式第4号(第10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（変更）（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 | 　 |
|  |
|  |
| 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 |
| 地域生活支援事業関係サービ　　ス | 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) |
| (変更理由) |
| 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　 |