

第6号様式

尾張旭市地域生活支援事業 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

尾張旭市長 殿

※ 裏面の事項について同意の上、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			年 月 日	
	居住地	〒 -			
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			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	障害程度 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 サービスの 種類・内容	種類	内容	種類	内容
	<input type="checkbox"/> 移動支援		<input type="checkbox"/> 日中一時支援	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	2回/週
	<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()	

所得区分 認定	<input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する認定について、下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)
	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の 合計額が80万円以下のもの 3. 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 4. 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) に属するもの ※ 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

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)		
フリガナ		申請者 との関係	
氏名			
住所	〒 -		
	電話番号		

裏面を必ず確認してください。

(裏 面)

【同意事項】

- 1 利用者負担上限月額算定資料として、市民税等の課税状況（必要に応じ、世帯員分を含む）を確認することに同意します。
- 2 私に関する地域生活支援事業において、私が給付を受ける「地域生活支援費」の支払については、サービスを提供した事業所へその「請求」と「受け取り」を委任することに同意します。