様式第28号(第36条関係)

地域生活支援事業(費用給付事業)利用申請書

　　　十和田市福祉事務所長　　　様

申請年月日　　　　　年　　月　　日

　次のとおり、地域生活支援事業(費用給付事業)の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | | 印  個人番号： | | |
| 居住地 | | 〒  電話番号 | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 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 | 障害福祉サービス | | 障害支援区分 | | 有・無 | | | 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 | | 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 | | | | | | | | | |
| 申請の内容 | 種類 | 移動支援事業 | | | | 訪問入浴サービス | | | | 日中一時支援 | | |
| 内容 | ※利用したいサービスを具体的に記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額に関する認定(いずれかに○をつけてください。)  　1　生活保護受給世帯に属する者  　2　市町村民税非課税世帯に属する者であって、公的年金等の収入、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、上記2以外のもの  　4　市町村民税課税世帯に属する者  注意　この申請書には、市町村民税所得課税証明書、公的年金証書、障害者基礎年金証書等、上記の事実関係を確認できる書類を添付してください。ただし、課税年度内に障害福祉サービス等の他の事業を利用する等により提出している方は省略することができます。また、すでに受給者証の交付を受けている方は、当該受給者証を添付してください。 | | | | | | | | | | | | |