

②

地域生活支援事業利用申請書

(あて先) 小牧市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請の決定のため、私の世帯の税務資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			生年月日	年 月 日	
	居住地	住民票と同じ (要確認)	※現住所が住民票と異なる場合記入してください(〒485-) 小牧市 電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日		
支給申請に係る 児童氏名			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		

他のサービス 利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間	
	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
申請するサービスの種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 移動支援 (身体介護あり)					
		<input type="checkbox"/> 移動支援 (身体介護なし)					
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター					
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス					
		<input type="checkbox"/> 更生訓練費給付					
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援					
		<input type="checkbox"/> 生活サポート					
内容							

主治医 (※)	主治医の 氏名		医療機関名	
	所在地	〒		

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申 す 減 の 類	<input type="checkbox"/> 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. 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：28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令才）
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者(注)であること（年令才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者(注)であること（年令才）
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）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。		

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。

(注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	住民票と同じ (要確認)		