

Đơn đăng ký sử dụng dịch vụ hỗ trợ cuộc sống tại cộng đồng

Kính gửi: Trưởng phòng Phúc lợi Thành phố Komaki

Về việc sử dụng dịch vụ hỗ trợ cuộc sống tại cộng đồng, tôi xin đăng ký như sau

Ngoài ra, tôi đồng ý cho cơ quan có thẩm quyền xem xét các tài liệu thuế liên quan (như hồ sơ thuế, sổ thuế...) của bản thân tôi và các thành viên trong hộ gia đình để phục vụ việc quyết định cho phép sử dụng dịch vụ.

Ngày tháng năm đăng kí Reiwa năm 8 tháng 4 ngày 1

Người nộp đơn	Phiên âm	コマキ ハナコ		Ngày tháng năm sinh	Năm Showa 33 tháng 1 ngày 1
	Họ tên	Komaki Hanako Mã số cá nhân : 222222222222			
	Địa chỉ	〒485-8650 Komakishi Horinouchi 3-1 Số điện thoại 0568-76-1127			
P h i ê n â m				Ngày sinh	Năm 年 tháng 月 ngày 日
Họ tên trẻ em liên quan đến đơn đăng ký sử dụng dịch vụ					
Mã số cá nhân :				Mối quan hệ	
Số sổ tay người khuyết tật thể chất		Số sổ tay khuyết tật trí tuệ	中央児 22222 A 中度	Số sổ tay phúc lợi sức khỏe dành cho người khuyết tật tâm thần	
Tên bệnh					

Tình trạng sử dụng dịch vụ	D ị c h v ụ phúc lợi cho n g ư ờ i khuyết tật	Công nhận mức phân loại hỗ trợ khuyết tật	Không		Thời gian hiệu lực	
	Loại dịch vụ đang sử dụng và nội dung chi tiết					
	Bảo hiểm chăm sóc	Công nhận cần hỗ trợ	Có Không	Mức độ cần chăm sóc	Cần hỗ trợ () • Cần chăm sóc 1 2 3 4 5	
Loại/nội dung hồ trợ đăng kí		Loại hình dịch vụ				Nội dung cụ thể liên quan đến đơn đăng ký
		☐ Trung tâm hỗ trợ hoạt động cộng đồng				Hỗ trợ di chuyển 2h/ tháng
		☒ Hỗ trợ di chuyển				
		☐ Hỗ trợ tạm thời ban ngày				
		☐ Hỗ trợ sinh hoạt				

Trong trường hợp đơn vị cung cấp dịch vụ đã thực hiện hỗ trợ một cách hợp lý, phù hợp với tình trạng khuyết tật và theo thông lệ chung, thì nếu chẳng may xảy ra tai nạn hoặc bị thương ngoài ý muốn, tôi sẽ không yêu cầu trách nhiệm (bao gồm cả trách nhiệm pháp lý) đối với đơn vị cung cấp dịch vụ hoặc thành phố. Komaki Hanako

Bác sĩ chủ trị (※)	Họ tên bác sĩ điều trị c h í n h	Tên cơ quan y t ế
	Đ i a c h í	Số điện thoại

Họ và tên _____

(※) Mục “Bác sĩ chủ trị” chỉ cần điền trong các trường hợp sau: Khi đăng ký trợ cấp chăm sóc; Khi đăng ký trợ cấp đào tạo, nhưng chỉ trong trường hợp sử dụng dịch vụ nhà ở chung có kèm chăm sóc (tắm, vệ sinh, ăn uống...); Khi đăng ký hỗ trợ chuyển về sống trong cộng đồng, nhưng chỉ dành cho người đang nhập viện tại bệnh viện tâm thần (bao gồm cả khoa tâm thần trong bệnh viện khác)

Loại hình miễn/giảm chi phí đăng kí	☐ I Công nhận mức trần chi phí phải trả mỗi tháng Tôi xin đăng ký áp dụng một trong các phân loại dưới đây (Khoanh tròn vào mục phù hợp. Nếu không thuộc thì để trống) 1 Hộ gia đình đang nhận trợ cấp sinh hoạt 2 Người thuộc hộ gia đình không phải đóng thuế cư trú (thu nhập thấp) ※ ※ Nếu sử dụng dịch vụ chăm sóc điều trị thì chọn thêm ① hoặc ② ① Tổng thu nhập của chính người đăng kí + trợ cấp khuyết tật ≤ 800.000 yên/năm ② Các trường hợp còn lại 3 Người thuộc hộ gia đình có đóng thuế cư trú, nhưng ở mức thu nhập thấp (Người khuyết tật: thuế thu nhập < 160.000 yên; Trẻ khuyết tật: thuế thu nhập dưới 280.000 yên)	
	II Công nhận giảm miễn chi phí y tế cá nhân (loại y tế) Do đáp ứng tất cả các điều kiện dưới đây, tôi xin đăng ký áp dụng chế độ giảm miễn chi phí y tế cá nhân. <Đối với người từ 20 tuổi trở lên> <Đối với người dưới 20> 1. Là người sử dụng dịch vụ (chăm sóc điều trị) 1. Phải đang sử dụng dịch vụ chăm sóc điều trị (Tuổi: ...) (Tuổi:) 2. Thuộc hộ gia đình được miễn thuế cư trú	
	☐ III Trợ cấp đặc biệt cho người sống tại cơ sở (giảm chi phí ăn uống, sinh hoạt) Do đáp ứng các điều kiện dưới đây, tôi xin đăng ký trợ cấp: ※ Áp dụng cho cơ sở thuộc diện trợ cấp chăm sóc <Đối với người từ 20 tuổi trở lên> <Đối với người dưới 20> 1. Là người đang sống tại cơ sở (Tuổi:) 1. Là người đang sống tại cơ sở (Tuổi:) 2. Người thuộc hộ gia đình không phải đóng thuế cư trú hoặc đang nhận trợ cấp sinh hoạt”	
	IV Công nhận trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật (trợ cấp bổ sung) đối với người sống tại group home (biện pháp giảm tiền thuê nhà) Do tôi thuộc hộ không phải đóng thuế cư trú hoặc hộ đang nhận trợ cấp sinh hoạt, nên tôi xin đăng ký trợ cấp đặc biệt dành cho người khuyết tật.	
	V Công nhận biện pháp phòng ngừa chuyển sang trợ cấp sinh hoạt (biện pháp giảm chi phí tự trả, biện pháp đặc biệt về trợ cấp bổ sung) Tôi xin đăng ký áp dụng biện pháp phòng ngừa chuyển sang trợ cấp sinh hoạt (☐ Giảm chi phí tự chi trả ☐ Biện pháp đặc biệt về trợ cấp bổ sung) ※ Cần nộp giấy chứng nhận thuộc đối tượng cận chuẩn (境界層対象者証明書) do cơ quan phúc lợi cấp.	

Đối với mọi trường hợp, cần đính kèm các giấy tờ có thể xác minh sự việc khi nộp đơn.

Người nộp đơn	☐ Chính người nộp đơn ☒ Người khác (vui lòng ghi vào mục bên dưới)		
Họ và tên	Komaki Taro	Mối quan hệ với người nộp đơn	Con
Địa chỉ	〒485-8650 Komakishi Horinouchi 3-1 ☒ Giống với giấy cư trú		
		Số điện thoại	0568-76-1127