

地域生活支援事業利用申請書

(宛先) 小牧市福祉事務所長

地域生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

また、利用決定のため申請者本人及び世帯に関する課税台帳等の税務関係資料を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	個人番号:			
	居住地	〒			電話番号
フリガナ		生年月日	年 月 日		
利用申請に係る児童氏名	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	
疾病名					

サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分の認定	無	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					
申請する支援の種類内容	サービスの種類			申請に係る具体的内容		
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター					
	<input type="checkbox"/> 移動支援					
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援					
	<input type="checkbox"/> 生活サポート					

なお、事業者がその障害に配慮しかつ常識的な援助を行っている限りにおいては、万一不慮の事故、負傷等があっても、法的な責任を含め事業者や貴市に対して責任を問いません。

氏名 _____

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<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。 （当てはまるものに○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 ※療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の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 万円以下の者 ② ①以外の者 3 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 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	< 20 歳以上の方 >	< 20 歳未満の方 >
	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）
	2. 市町村民税非課税世帯の者	
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （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）	
< 20 歳以上の方 >	< 20 歳未満の方 >	
1. 施設入所者であること（年令 歳）	1. 施設入所者であること（年令 歳）	
2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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。

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	〒 <input type="checkbox"/> 住民票と同じ 電話番号		