様式第1号(第３条関係)

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

(あて先)伊予福祉事務所長
次のとおり申請します。

申請者(本人)	受給者証番号		申請年月日	年　月　日
	フリガナ		生年月日	明治 大正 年　月　日 昭和 平成
	氏名	㊞		
	居住地	〒 電話番号　(　)		
フリガナ 支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日
			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	障害支援区分の認定	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	サービスの種類	申請に係る具体的内容
	□移動支援	□身体介護あり(　)時間／月　□身体介護なし(　)時間／月 □通学支援(　)回/月　□通所支援(　)回/月
	□日中一時支援事業	(　)日／月　(特定月(　)日／月)

申請する減免の種類

□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。) ※ 世帯とは、住民票上の世帯をいいます。

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

申請書提出者	□申請者本人　□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　(　)		