様式第１号(第5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 |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | 昭和　平成 |
| 居住地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |
|
| サービス利用の状況 | | 障害福祉関係サービス | | 障害程度区分の認定 | | | | 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　　　　（　　　　） | | |