

地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援・訪問入浴）利用申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

大府市長 殿

下記のとおり申請します。

記

受給者番号				新規・更新・変更	
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	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					
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神保健福祉 手帳番号	

他のサービスの 利用状況	障がい福祉 サービス	障がい程度 区分	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、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、内容等				
地域生活支援事業 の利用状況	移動支援					
	日中一時支援					
	訪問入浴					
申請する 支援の内容						

※変更の場合は、下記に変更理由を記入してください。

--

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定（下記IIの軽減措置適用前） 下記の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） <ol style="list-style-type: none"> <li>1 生活保護世帯</li> <li>2 市（町村）民税非課税世帯</li> <li>3 市（町村）民税課税世帯</li> </ol>
	<input type="checkbox"/> II 月額負担上限額の軽減措置に関する認定 月額負担上限額の軽減措置を申請します。 市（町村）民税課税世帯に属する者のうち世帯の市（町村）民税所得割額の合計額が16万円未満の世帯（利用者が満18歳未満の場合は、世帯の市（町村）民税所得割額の合計が28万円未満の世帯）に当てはまるため。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置（月額負担上限額減免措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（月額負担上限額減免措置）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。

※ 世帯とは、本人及びその配偶者とする。ただし、利用者が満18歳未満の場合は住民票に記載されたすべての者をいう。

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	電話番号		