

地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援・居室確保・個別給付型地域活動支援センター・訪問入浴）利用・変更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	〒	
フリガナ		電話番号	
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	障害支援 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					
	居室確保					
	個別給付型 地域活動支援センター					
	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"> 1 生活保護等受給世帯 2 市民税非課税世帯 3 市民税課税世帯
	<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）市民税課税世帯に属する者のうち世帯の市（町村）市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）市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 生活保護等受給世帯への移行予防措置（月額負担上限額減免措置）に関する認定 生活保護等受給世帯への移行予防措置（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		

世帯状況・収入・資産等申告書

大 府 市 長
大府市社会福祉事務所長 殿

申告年月日	年	月	日
申告者 住所			
氏名			
(申告者が満18歳未満の場合は、保護者住所・氏名を記入すること。)			

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

氏 名	生年月日	本人との関係	市（町村）民税の状況		
			課税・非課税の別	市民税所得割額	市民税均等割額
		本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	円
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	円
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	円
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	円

2 申請者の収入の状況について

〔 個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
 〃 申請する場合…全て記入 〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、特別障害給付金、障がい を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、 老齢基礎年金、老齢厚生年金等）(②)	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福 祉手当、特別児童扶養手当）(③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

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		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

地域生活支援事業利用・変更決定通知書 兼 受給者証

大府市長 印

先に申請のありました件について、以下の内容のとおり決定しましたので通知します。

受給者	受給者番号					
	居住地					
	フリガナ		生年月日	年	月	日
児童	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	氏名					
月額負担上限額		円	利用者負担割合	%	食事提供加算	

支給決定の内容	事業	支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
		支給量等						
	事業	支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
		支給量等						
	事業	支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
		支給量等						
	事業	支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
		支給量等						
	事業	支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
		支給量等						

移動支援事業者記入欄	1	事業者の名称				身体介護の有無	有・無	事業者確認印	
		契約支給量	月	時間	分	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日
	2	事業者の名称				身体介護の有無	有・無	事業者確認印	
		契約支給量	月	時間	分	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日

事業者記入欄	1	事業者の名称						事業者確認印	
		事業名	日中一時・居室確保・個別給付型地域活動支援センター・訪問入浴						
		契約支給量	日/月	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日		
	2	事業者の名称						事業者確認印	
		事業名	日中一時・居室確保・個別給付型地域活動支援センター・訪問入浴						
		契約支給量	日/月	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日		
	3	事業者の名称						事業者確認印	
		事業名	日中一時・居室確保・個別給付型地域活動支援センター・訪問入浴						
		契約支給量	日/月	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日		
	4	事業者の名称						事業者確認印	
		事業名	日中一時・居室確保・個別給付型地域活動支援センター・訪問入浴						
		契約支給量	日/月	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日		
	5	事業者の名称						事業者確認印	
		事業名	日中一時・居室確保・個別給付型地域活動支援センター・訪問入浴						
		契約支給量	日/月	サービス提供開始日	年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日		

注意事項

- この証は、各ページをよく読んで大切に持っていてください。
- 本証記載の地域生活支援事業サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者に提示してください。
- 支給決定期間を経過したときは、地域生活支援事業サービスの支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、大府市役所高齢障がい支援課にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。
- 支給量の変更をする必要がある場合は、支給量の変更の申請をすることができます。
- この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、大府市役所高齢障がい支援課に届け出てください。
- 支給決定期間内に、居住地を他の市町村区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、大府市役所高齢障がい支援課に届け出てください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、大府市役所高齢障がい支援課に返してください。
- 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を、大府市役所高齢障がい支援課に返してください。

【問い合わせ先】大府市役所 高齢障がい支援課 障がい福祉係

愛知県大府市中央町五丁目70番地

TEL 0562-47-2111 FAX 0562-47-3150

第 号
年 月 日

様

大府市長 印

地域生活支援事業利用却下通知書

年 月 日付けで申請のありました地域生活支援事業利用申請について、下記のとおり却下したので通知します。

記

1 申請したサービスの種類

（移動支援 ・ 日中一時支援 ・ 訪問入浴）

2 利用申請を却下した年月日

年 月 日

3 利用申請を却下した理由

4 その他

(1) この処分に不服がある場合は、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大府市長に対して審査請求をすることができます。

(2) この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大府市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（訴訟において大府市を代表する者は、大府市長となります。）。

第5号様式（第11条関係）

高額地域生活支援サービス費支給申請書兼請求書

大府市長 殿

次のとおり、関係書類を添えて高額地域生活支援サービス費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

受給者番号					生年月日	年 月 日	
フリガナ							
申請者氏名							
居住地	〒 ー					電話番号	ー
フリガナ			続柄				
支給決定に係る障がい児氏名			生年月日	年 月 日			
対象費用の支払合計額	円	月額上限負担額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分		
高額地域生活支援サービス費請求額			円				

※ 支払額を証する領収書を添付してください。

高額地域生活支援サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

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）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号 ー		

高額地域生活支援サービス費支給（不支給）決定通知書

大府市長 印

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者	番号			
	居住地			
	フリガナ		生年月日	
	氏名			
児童	フリガナ		生年月日	
	氏名			

受付年月日		決定年月日	
本人支払額		申請に係るサービス利用月	
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	
不支給の理由			

支 払 先	
金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所
口座種別	普通 当座
口座番号	
フリガナ 口座名義人	

- (1) この処分に不服がある場合は、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大府市長に対して審査請求をすることができます。
- (2) この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大府市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます(訴訟において大府市を代表する者は、大府市長となります。)

問い合わせ先

大府市役所 高齢障がい支援課 障がい福祉係

愛知県大府市中央町五丁目70番地 TEL 0562-47-2111 FAX 0562-47-3150