様式第１号（第４条関係）

**各務原市地域生活支援事業利用（変更）申請書**

（宛先）各務原市長

　次のとおり申請します。

　以下の申請内容について、市が利用者負担額の認定に必要な私の世帯の所得（収入）情報・市町村民税の課税情報について、調査・閲覧することに同意します。また、サービス利用に係る（利用者負担分を除く）費用については、サービス事業所が各務原市から代理受領することに同意します。

　申請年月日　　年　　月　　日　　　　　　　　氏名

　＊申請が本人でない場合は裏面代理申請者欄も記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（保護者）氏名  個人番号： | | 生年月日  昭和  平成　　・　・ | | | 年齢  　　 歳 | 住所　〒　　－  電話（　　　）　　　－ | |
| 利用者（児童）氏名  個人番号： | | 生年月日  平成・令和　　　　　・　　・ | | | | | 続柄 |
| 身体障害者手帳（　　級）  　　　　県第　　　　　号 | | 療育手帳（　　　）  　岐阜県第　　　　　　号 | | | | | 精神障害者保健福祉手帳（　　級）  岐阜県第　　　　　　号 |
| 申請サービス名称 | 利用時間　回数／月 | | | 申請理由 | | | |
| **移動支援**  **（身・知・精）** | 時間／月  (身体介護　有・無) | | |  | | | |
| ＊身体介護・・・新規のみ別途調査票　要 | | | | | | | |
| **日中一時支援**  **（身・知）** | 時間／月  (重症心身　有・無) | | |  | | | |
| ＊重症心身・・・身体肢体１,２級かつ療育A,A1,A2かつ歩行不能の場合 | | | | | | | |
| **訪問入浴**  **（身）** | 回／週 | | |  | | | |
| ＊新規のみ別途医師診断書　要 | | | | | | | |
| **地域活動支援センター**  **（身・知・精・自）** | 日／月  （重度加算　有・無） | | | □障害者デイサービス事業  □小規模作業所事業 | | | |
| ＊重度加算・・・身体肢体1,2級　　療育A,A1,A2　　精神1,2級の場合（小規模作業所のみ） | | | | | | | |
| **宿泊型生活訓練**  （身・知） | 日／月 | | |  | | | |
|  | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | |
| 障害福祉サービス利用状況 | | | 介護保険認定・利用状況 | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 期間 | | | 期間 | | | | |

身）身体障害者手帳　知）療育手帳　精）精神保健福祉手帳　自）自立支援医療精神通院受給者証

＊知的障害については、療育手帳交付がないものであっても利用可

●利用者（申請者）の世帯は、下記のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 備考 |
| 本人 |  | 平・令　　　　 ．　　． |  |
|  |  | 大・昭・平 　 ．　　． |  |
|  |  | 大・昭・平 　 ．　　． |  |
|  |  | 大・昭・平 　 ．　　． |  |
|  |  | 大・昭・平 　 ．　　． |  |

●利用者（申請者）の世帯は、下記の世帯（Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄのいずれかに○をつけて

ください。）に属します。

　Ａ　　生活保護受給世帯

　　　　Ｂ　　市町村民税　非課税世帯

　　　　Ｃ　　市町村民税　課税世帯で所得割額の合計額が２８万円未満

　Ｄ　　市町村民税　課税世帯で所得割額の合計額が２８万円以上

代理申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ | | |

【各務原市記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所得区分 | 生保・非課税・課税世帯１・課税世帯２ | 上限月額  円 |