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 |