

地域生活支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

美濃加茂市福祉事務所長 あて

次のとおり申請します。なお、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況等を調査することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
	個人番号	個人番号		年	月	日	
居住地	〒505-	美濃加茂市					
	電話番号	-	-				
支給申請に係る障がい児氏名	フリガナ	フリガナ		生年月日	年	月	日
	個人番号	個人番号		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			
障害年金受給の有無	有・無	1年間の受給額	円				

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	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	要介護度	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
				要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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
	番号	種類	
1	<input type="checkbox"/>	移動支援（個別支援型）	
2	<input type="checkbox"/>	地域活動支援センター	
3	<input type="checkbox"/>	日中一時支援事業（宿泊を伴わない短期入所）	
4	<input type="checkbox"/>	地域生活支援センターⅡ型	
5	<input type="checkbox"/>	訪問入浴サービス事業	

申請する減免の世帯範囲の特例

下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。

1. 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。
2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。

負担上限月額に関する認定

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。)

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
4. 市町村民税課税世帯

軽減措置に関する認定

移動支援・日中一時支援に係る軽減に関する認定

下記のいずれにもあてはまるため、通所施設・在宅サービス等軽減を申請します。

- 1 在宅において生活する者又は20歳未満の入所者
- 2 市町村民税非課税世帯に属する者又は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(障害者:16万円未満、障害児:28万円未満)のもの

※事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(注1) 次のサービスを受けている者については、通所施設・在宅サービス等軽減の対象となりません。

施設入所支援(20歳以上の者)、グループホーム、ケアホーム、宿泊型自立訓練、継続的短期滞在型生活訓練、精神障害者退院支援施設利用型生活訓練又は精神障害者退院支援施設利用型就労移行、旧法施設支援(入所者で20歳以上の者)

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	〒505- 美濃加茂市 電話番号 - -		