

地域生活支援事業
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

（あて先）小松市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	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 障がい児氏名	個人番号：		

障がい種別		☐ 身体障がい		☐ 知的障がい		☐ 精神障がい		☐ 児童		☐ その他	
サービス 利用 状況	障がい福祉 関係サービス	障害支援区分	有・無	区分	有効 期間						
		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	有・無	要介護度	要支援1	2	要介護1	2	3	4	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		申請内容・支給量等		☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 変更	
	☐ 移動支援事業		☐ 介護無 ☐ 介護有		時間／月	
	☐ 通学・通所送迎サポート事業		☐ 介護無 ☐ 介護有		時間／月	
	☐ 家族ほっとサポート事業		事業所名（		） 回／月	
	☐ 障がい児タイムケア事業				回／月	
	☐ 日中ショートステイ				回／月	
	☐ 地域活動支援センター				回／月	
	☐ 生活サポート事業				時間／月	
	☐ 訪問入浴サービス事業				回／月	

支給 期間	. . ~ . .	利用者 負担	. . ~ . .
----------	-----------	-----------	-----------

- 1 利用者負担額の決定にあたり、市が利用者及び利用者と同一世帯者に係る収入調査すること
- 2 事業者・施設等のサービス提供及び個別支援計画、サービス利用計画を作成するにあたり、必要があるときは、障がい福祉サービスの支給決定のために調査した内容及び判定結果について、事業者・施設、主治医意見書を記載する医師又は相談支援事業者等の関係人に提示すること
- 3 市が、障害支援区分認定調査に基づき委託する事業者が、障害支援区分認定に関する調査をすること

以上について、同意します。

申請者氏名

(1) 世帯の状況等について（申請者以外）

世帯員	氏 名	生年月日	続柄	氏 名	生年月日	続柄

※利用者が18歳以上の方は、本人及び配偶者のみ、18歳未満の方は、住民登録上同じ世帯に属する方

(2)世帯の収入等の状況

課税等の状況	☐ 課税 ☐ 非課税
--------	--

收入 (A) (年收)

収入	年金等の収入（年金）	円
	手当等の収入（手当）	円
	就労、工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費 (B)

租 税	(税)	円
社会保険料		円

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関して、下記の区分の適用を申請します。 ☐ 1. 生活保護受給世帯 ☐ 2. 市町村民税非課税世帯 ① 合計所得及び年金等の収入の合計額が80万円以下の方 ② 上記①に該当しない方 ☐ 3. 市町村民税課税世帯(障がい者：所得割16万円未満、障がい児：28万円未満)に属する方
	☐ IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）を申請します。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外				
氏 名		申請者との関係		電話番号	
住 所	☐ 申請者住所と同じ（記入省略） 〒				
受給者証送付先	☐ 申請者住所へ送付 ☐ 上記住所へ送付 ☐ 上記住所以外へ送付（下に記入） 〒				

小松市確認欄

所得割合計額	円（18歳以上は、本人及び配偶者のみ合計、児童は世帯全員合計）				
負担上限月額	円（ 生保 ・ 低所得 ・ 一般1 ・ 一般2 ）				
食事加算	該当□ 入力□	重心	該当□ 入力□	遷延性	該当□ 入力□