

地域生活支援事業利用変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

年 月 日

（宛先）金沢市社会福祉事務所長

現に受けている支給決定事項を変更したいので、次のとおり申請します。

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：（ ）				
支給申請に係る児童氏名	フリガナ											生年月日	年	月	日	
	児童氏名	個人番号：														
												続柄				
身体障害者手帳等級	種級	療育手帳等級	A・B	精神障害者保健福祉手帳等級				級	疾病名							
障害名																
※身体障害者手帳の場合のみ記入してください。																
障害基礎年金の受給の有無											有（ ）級・無					
変更の理由																
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6						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（ ）・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										申請に係る具体的内容					
	地域生活支援事業															
	<input type="checkbox"/> 移動支援															
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援															
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス															
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター															
<input type="checkbox"/> 医療的ケア児移動介護支援																

備考 該当する□の中にレ印を付けてください。

（裏面に続く。）

変更を申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用（の変更）を申請します。 （該当するものに○を付ける。いずれにも該当しない場合は空欄とすること。） <ol style="list-style-type: none"> 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 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満） ※ 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置に関する認定 生活保護への移行予防措置を申請します。 ※ 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。

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： ()		

備考

- 1 該当する□の中にレ印を付けてください。
- 2 事実関係を確認できる書類を添付してください。

※市記入欄

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ()	代理権確認	法定 ・ 委任状 ・ 本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証（国保・後期高齢・介護） ・ 学生証 ・ その他 ()		