

18歳以上の方は、利用者「本人名」で、
18歳未満の方は「保護者名」で記入
して下さい。

押印不要です。

様式第3号（第7条関係）

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(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。

利用者が18歳未満の場合
「児童名」を記入して下さい。

お持ちの手帳に応じて記入して下さい。

申請者	フリガナ	カナザワ タロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	金沢 太郎				
居住地	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			電話番号	076 (220) 2289
	フリガナ	カナザワ イチロウ				
支給申請に係る児童氏名	氏名	金沢 一郎		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			続柄	子
身体障害者手帳等級	1種1級	療育手帳等級	A・B	精神障害者保健福祉手帳等級	2級	
疾病名	パーキンソン病					
障害名 ※身体障害者手帳の場合のみ記入してください。	両下肢機能の全廃					
障害基礎年金の受給の有無	有 (2) 級 ・ 無					

手帳をお持ちでない難病患者の方はこちらに疾病名を記入して下さい。

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	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ～令和〇〇年〇〇月〇〇日
	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		

どちらかに「○」をつけて下さい。
「有」に○をつけた方は障害基礎年金の等級もご記入下さい。

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 checked="" 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□の中に印を付けてください。

(裏面に続く。)

ご利用希望サービス横の□に
チェック(☑)を入れて下さい。

利用者の収入状況が1～3のいずれかに該当する場合、のうえその番号を○で囲んでください。
【判断の目安】
 例)収入が障害基礎年金だけの方は「2」になります。

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。） 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（の変更）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	金沢 花子	申請者との関係	妻
住所	〒920-0000 金沢市広坂1-1-1 電話番号 090 (1234) 5678		

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。

申請者以外の方が記入された場合は、こちらにチェック()を入れ、住所・氏名・連絡先・続柄を記入して下さい。