

地域生活支援事業利用申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

（宛先）金沢市社会福祉事務所長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する地域生活支援事業を利用したいので、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									

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。）

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 ()		