

承 諾 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

1 下記に係る利用者負担上限月額決定に当たり、市が利用者の属する世帯の世帯構成を調査すること。(1)から(3)のうち、該当するものに〇を付けてください。

- (1) 介護給付費等 (訓練等給付費、特定障害者特別給付費、療養介護医療費)
- (2) 地域生活支援事業
- (3) 障害児通所給付費等 (肢体不自由児通所医療費、障害児入所給付費、障害児入所医療費)

2 上記1を踏まえて、利用者が18歳以上の場合は、市が利用者並びにその世帯に属する利用者の配偶者に、20歳未満の利用者に、課税状況を調査する。利用者が18歳未満の場合は、収入状況及び課税

申請するサービス種別(1)~(3)に「〇」を付けてください。(複数ある場合は複数に「〇」を付けてください。)

＜サービスの代表例＞

- 介護給付費等…居宅介護(ホームヘルプ)、短期入所(ショートステイ)、就労継続支援(A型・B型)等
- 地域生活支援事業…移動支援(ガイドヘルプ)、日中一時支援、地域活動支援センター等
- 障害児通所給付費等…児童発達支援、放課後等デイサービス等

3 上記1(1)又は(2)の有無、要介護認定の有無、また、上記1(3)の都道府県、市町村

4 事業者又は施設がサービスを提供するに当たり必要があると認められるときは、市が利用者の健康状態等、上記1(1)又は(2)のいずれかの決定のために調査した内容について、事業者又は施設に対して情報提供すること。

また、事業者又は施設がサービスを提供するに当たり必要であり、かつ、利用者の福祉に資すると認められる場合は、市が利用者の健康状態等又は上記1(3)の決定のために調査した内容について、事業者又は施設に対して情報提供すること。

以上について、同意します。

利用者 住所 金沢市広坂1-1-1

利用者本人名を記入してください。
記名(ゴム印・印字等)の場合は押印が必要です。

氏名
.....(署名又は記名押印)..... 金沢 太郎

金沢

保護者 住所 同上

サービス利用者本人の方が「18歳未満の場合」のみ、保護者名も記入して下さい。
記名(ゴム印・印字等)の場合は押印が必要です。

氏名
.....(署名又は記名押印)..... 金沢 花子

金沢