様式第１号

（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

熊本市長（宛）

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 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 |  |
| 続　　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 |  | 療育手帳番号 |  |
| 難病患者に係る疾患名 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
|  |
| 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非該当 | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 介護保険 | 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 |
| 申請するサービスの種類等 |  | サービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| 訪問系・その他 | □移動支援 | ※重度障がい者大学修学支援については、重度訪問介護の支給決定を受けていない者のみ申請を要する。 |
| □重度障がい者等就労支援 |
| □重度障がい者大学修学支援※ |
| □訪問入浴 |
| 日中活動系 | □日中一時支援Ａ型 |
| 利用契約予定事業者名※利用契約予定事業者が決まっている場合のみ記入して下さい |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 氏　名 |  | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※障がい者に限る。（障がい児は不要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する減免の種類　 | □　Ⅰ　利用料に関する認定下記の区分の適用を申請します。　　　　（あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまら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 |
| □　 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）に関する認定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。　　 ※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。 |
| 世帯範囲の特例 | □　 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。１．税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。２．医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。 |

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） |
| 　フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　名　 |  |
| 住　　所 | 〒電話番号 |

同意の欄

　上記利用者負担軽減対象確認申請の審査判定をする際、世帯全員の市県民税課税状況について税務関係当局に報告を求めること、及び私と配偶者の収入、資産の状況（以下「収入の状況等」という。）を確認するために必要があるときは、熊本市が有する私と配偶者の収入の状況等に関する情報を利用することに同意します。

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

（※世帯全員分の氏名を記入して下さい。）

（注）

１　調査で得られた情報は、地域生活支援事業の減免対象の判定以外には使用しません。

２　収入の状況等に関する情報は、その内容を確認できるものの提出がなかった場合に限り利用されます。