

# 地域生活支援事業支給申請書

(移動支援・日中一時支援)

岸和田市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

(新規 変更 転入 更新)

(身体障害者 知的障害者 児童 精神障害者 難病)

|               |                      |   |  |                   |     |                             |
|---------------|----------------------|---|--|-------------------|-----|-----------------------------|
| 申請者           | フリガナ                 |   | 生年月日   | 大正昭和平成 年 月 日 ( 歳) |     |                             |
|               | 氏名                   |   | 性別   | 男・女               |     |                             |
| 申請者           | 居住地<br>(実際に住んでいるところ) | 〒596- 岸和田市 町<br>上記住所:住民票と(同じ・異なる)   | TEL  | 072 ( )           |     |                             |
|               |                      |   | FAX  | 072 ( )           |     |                             |
|               |                      |   | 携帯   | - -               |     |                             |
| 支給申請に係る障害児氏名  | フリガナ                 |   | 生年月日   | 平成 年 月 日 ( 歳)     |     |                             |
|               |                      |   | 性別   | 男・女               | 続柄  |                             |
| 身体障害者手帳 ( ) 級 | 療育手帳 A・B1・B2         | 精神保健福祉手帳 ( ) 級  | <input type="checkbox"/> 診断書 (ICD-10あり・難病)<br><input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 (難病)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                   |     |                             |
| 次回審査年月: 年 月   | 次回判定年月: 年 月          | 有効期限: 年 月 日   |  |                   |     |                             |
| 障害福祉サービス等利用状況 | 有・無                  | 身体介護 (共に行う家事有・無) / 家事援助 / 通院等介助 (身体有・無) (院内有・無) / 通院等乗降介助 / 重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護 / 短期入所 / 生活介護 / 就労移行支援 / 就労継続支援 (A型・B型) / 自立訓練 (機能・生活・宿泊型) / 共同生活援助 / 施設入所支援 / 療養介護 / 就労定着支援 / 自立生活援助 計画相談 / 地域移行支援 / 地域定着支援 |  |                   | 介護度 | 無 (対象外・非該当) 要支援 ( ) 要介護 ( ) |
|               |                      |   | 有効期限   | . .               |     |                             |

|       |          |      |
|-------|----------|------|
| 希望支給量 | 移動支援     | 申請理由 |
|       | ( ) 時間/月 |      |
|       | 日中一時支援   |      |
|       | ( ) 日/月  |      |

### 利用者負担上限額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。また、利用者負担上限月額を決定するため本人を含む世帯の市民税課税台帳及び生活保護受給状況を岸和田市福祉事務所長が調査すること、受給者証の写しを事業所へ送付することに同意します。

- 1 生活保護受給世帯
- 2 市町村民税 非課税世帯
- 3 市町村民税 課税世帯 (障害者: 所得割16万円未満 障害児: 28万円未満)
- 4 市町村民税 課税世帯 (障害者: 所得割16万円以上 障害児: 28万円以上)

氏名 \_\_\_\_\_

|        |   |     |   |   |
|--------|---|-----|---|---|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 (下記の氏名等記入不要) |     | <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下記の氏名等を記入)          |   |
|        | 氏名  |     | 申請者との関係   | 家族 (続柄: )<br>相談支援専門員・ケアマネ (事業所名: )<br>その他 ( ) |
|        | 住所  | 〒 - | <input type="checkbox"/> 住所・電話番号ともに申請者と同じ<br>電話番号 ( ) |   |

### 市処理欄

|       |     |             |   |          |       |    |    |      |
|-------|-----|-------------|---|----------|-------|----|----|------|
| 受付日   | 調査  |             |   | 利負担区分    | 市民税確認 | 入力 | 書換 | 伝達事項 |
| 年 月 日 | 担当者 | 日時          | / | A・B・C・D  |       |    |    |      |
| 受付者   | 場所  | 自宅・市役所・他( ) |   | 本人: 配偶者: |       | /  | /  |      |
|       |     |             |   | 父: 母:    |       |    |    |      |
|       |     |             |   | その他:     |       |    |    |      |