

様式第1号（第5条関係）

地域生活支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

可児市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

なお、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況等を調査すること並びに、サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、可児市から指定相談支援事業者、地域生活支援事業者若しくは障害者支援施設の関係者にサービス利用意向聴取などを行うことに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和		年 月 日
	氏名			平成 令和		
	居住地	〒		電話番号		
	フリガナ		生年月日	平成・令和		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		精神障害者福祉手帳番号	
	障がい年金受給の有無	有・無	1年間の受給額 (前年1月～12月)	円		

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	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 1・2	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
	1	<input type="checkbox"/> 移動支援（個別支援型）	
	2	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業（宿泊を伴わない）	
	3	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	
	4	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター（ ）型	
	5	<input type="checkbox"/> 生活サポート事業	
	6	<input type="checkbox"/> 更生訓練費等給付事業	

上限額軽減に関する認定

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。

(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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの
3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの
4. 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）に属する者

※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。

※ 上限額軽減に関する認定を申請する場合は世帯状況・収入申告書を添付すること。

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		