様式第１号（第８条関係）

尾道市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

申請年月日　　　　年　　月　　日

尾　道　市　長　様

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 |
| フリガナ |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 支給決定に係る児　童　氏　名 | 個人番号： |
| 続　柄 |  |
| 身体障害者手帳 | 有・無 | 療育手帳 | 有・無 | 精神障害者保健福　祉　手　帳 | 有・無 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請する事業の種類等 | 申請する時間数・回数 | 利用（予定）事業所 |
| □日中一時支援事業 |  |  |
| 現在通学中の学校等 |  |
| □移動支援事業 |  |  |
| □地域活動センター |  |  |
| □生活サポート事業 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する減免の種類等 | * ①負担上限月額に関する認定

　次の区分の適用を申請します。　（当てはまるものに〇をつける。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　市町村民税非課税世帯（障害者：所得割１６万円未満、障害児：所得割２８万円未満）に属する者　　※１８歳以上（入所施設利用者は２０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。 |
| * ②生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）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）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。 |

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（以下の欄に記入） |
| 氏　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |