

地域生活支援事業（移動支援事業 日中一時支援事業）支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

貝塚市福祉事務所長 様

申請年月日

年 月 日

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 | | 受給者証番号 | |
| | 居住地 | 〒 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 支給申請に係る児童氏名 | | 続柄 | |
| 身体障害者手帳番号 | | 療育手帳番号 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 |

| | | | | | | | |
|-------------|----------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|--|
| 変更するサービスの状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分 | 有・無 | 区分 1 2 3 4 5 6 | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| | | 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 | | | | | |
| 移動支援事業 | 種別 | <input type="checkbox"/> 個別支援型 | <input type="checkbox"/> グループ支援型 | 支援事業 日中一時 タイムケア | 内容 | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 車両移送型 | 時間/月 | | | | |

| | |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 変更する減免 | <input type="checkbox"/> 月額負担上限に関する認定 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. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(注) 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。

私は、利用者負担の減額・免除等を決定するために、私及び配偶者の課税台帳等を閲覧することに同意します。

氏 名
