

地域生活支援事業（移動支援事業 日中一時事業）利用申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

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			
	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

申請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					
申請する支援の種類・内容							
申請するサービスの種類等	種類	<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	内容		
		<input type="checkbox"/> 車両移送型					
	時間/月			タイムケア			

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
