（様式第１号）

移動支援事業利用申請書

椎葉村長　　　　　　　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
| 利用申請に係る  障がい児氏名 | | |  | | | | | | |
| 続　　柄 | |  | | | | |
| 身体障がい者  手帳番号 | |  | | | 療育手帳  番　　号 | | |  | | | | 精神障がい者保健福祉手帳番号 | | | |  |
| サービス利用の状況 | 障がい福祉  関係サービス | | 障がい程度  区分の認定 | 有・無 | | | 区分　１　２　３　４　５　６ | | | | | | | 有効  期間 |  | |
| 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（　）・要介護　１　２　３　４　５ | | | | | |
| 利用中のサービスの種類と内容等 | | |  | | |  | |  | | | | | |
| 地域生活支援  事業 | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　す　る　減　免　の　種　類 | * 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がい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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯範囲の特例 | □　下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請  者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。  １．税制上、障がい者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。  ２．医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。 | | | | | | | | | | | | | | | |

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