**地域生活支援事業支給(変更)申請書兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書**

様式第１号（第５条第７条関係）

椎葉村長　　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　新規　・　変更　・　継続　　　　月末更新

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 受給者番号 |  | 申請年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　（満　　　歳） |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日（満　　　歳） |
| 支給申請に係る児　童　氏　名 |  |
| 続　　柄 |  |
| 身体障害者 |  | 療育手帳番　　号 |  | 精神障害者 |  | 疾病名 |  |
| サービス利用の状況 | 関係サービス | 障害支援区分の認定 | 有・無 | 区分　１　２　３　４　５　６非該当 | 有効期間 |  |
| 利用中のサービスの種類と内容等□居宅介護　□同行援護　□行動援護　□短期入所　□施設入所　□共同生活援助□生活介護　□就労継続支援　□就労移行支援　□計画相談支援　□その他 |
|  | 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 |
| 申請するサービス | サービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| □移動支援 | □身体介護あり（　　　）時間／月　□身体介護なし（　　　）時間／月 |
| □日中一時支援 | □日中短期入所（　　　）日／月　　 |
| □ |  |
| 変更理由 |  |
| 負担上限月額に関する認定 | 　あてはまるものに○をつけてください。　※　世帯とは、住民票上の世帯をいいます。　　１．生活保護受給世帯　　２．市町村民税非課税世帯３．市町村民税課税世帯（障がい者：所得割16万円未満、障害児：28万円未満） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | □父　□母　□夫　□妻　□事業所□その他（　　　　　　　） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） |

**※裏面に同意書があります。**

同　意　書

地域生活支援事業支給の決定に際し必要があるときは、私及び私の配偶者に係る所得及び課税の状況について、椎葉村が必要な公簿等の確認を行うことや、必要な資料の提出を求めることに同意します。

　　　年　　　月　　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※申請に係る対象者が18歳未満の場合には、保護者の氏名を記入し、押印してください。

**希望送付先**

※住所地と異なる場所に送付してほしい場合のみ記入してください。

送付先

※上記の場所に送付するのは今回の通知のみです。

※送付先を事業所等にすることも可能です。