(様式第１号)

八頭町地域生活支援事業利用申請書

　八頭町長　様

　次のとおり申請します。なお、私の負担上限月額を算定するため、私並びに私の世帯の住民情報及び課税状況等を関係公簿により調査することについて意義なく同意します。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 | | 印 | | |
| 居住地 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | |
| 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 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉サービス受給者証の有無 | 有　 ・　 無 | 有りの場合  受給者番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 種類及び  希望数量 | □　個別移動支援　　　　　　　　　　　　　　　　□身体介護を伴う  　　　　　　 □車両移送を伴う  　　　　　　　１ヵ月当たり　　　　　時間 □身体介護を伴わない |
| □　日中一時支援  　　　　　　　１ヵ月当たり　　　　　日 |
| □　訪問入浴サービス  　　　　　　　１ヵ月当たり　　　　　回 |
| 上記の具体的理由及び利用内容 |  |

　私の負担上限限度額を決定する際に必要となる、私の非課税手当等は下記のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 種　類 | 収入額（年額） |
| 障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等） | 円 |
| 特別児童扶養手当等  （特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当） | 円 |