

地域生活支援事業申請書

門川町長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日			
	氏名			性別	男 ・ 女		
	居住地	〒 東臼杵郡門川町 電話番号					
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日			
				性別	男 ・ 女	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			
サービス利用の 状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等					
	施設サービス	利用中の施設名等					
	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		
申請する サービス	申請する支援の種類・内容						
	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 訪問入浴			
届出者	フリガナ				<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者	
	氏名			印	申請者との関係		
	居住地	〒 電話番号					

- I 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害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

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、私および私の世帯員に係る所得および課税の状況について、官公署に調査を囑託し、または地方税法に基づく町県民税の課税台帳、固定資産税の課税台帳により確認されること、及び年金受給状況、健康保険情報を関係機関に確認されることについて同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名

㊞

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