

第5号様式（第9条関係）

地域生活支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

蒲郡市長 様

次のとおり申請します。

また、利用者負担額の算定にあたり、世帯員の収入の状況を調査することに同意します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | |
|-----------|-------------|---------|------|-------------|-----------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | 年 月 日 | |
| | 居住地 | 〒 蒲郡市 町 | | | 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 | |

| | | | | | |
|---|-----------------|-------|------------------------------------|------|-----------------------|
| サービス利用の状況 | 自立支援給付障害支援区分 | 有・無 | 区分 1・2・3・4・5・6 | 有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |
| | 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 |
| 申請する支援の種類・内容 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 移動支援(身体介護 あり・なし) | | | <input type="checkbox"/> 日中一時支援 | | |
| 時間/月 | | | 日/月 | | |
| <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター | | | <input type="checkbox"/> 経過的デイサービス | | |
| 日/月 | | | 日/月 | | |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 減免を申請します | <input type="checkbox"/> 減免を申請しません |
|-----------------------------------|------------------------------------|

| | |
|-----------|---|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> 月額負担上限額に関する認定 <input type="checkbox"/> 自立支援給付の上限額の適用を申請します。 <input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。(自立支援給付を受給していない方) (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. 市民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの |
| 世帯範囲の特例 | <input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、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、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等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。(ただし自立支援給付を受給している場合を除く)

| | | | |
|-------------------|--|--|---------|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入) | | |
| フリガナ | | | 申請者との関係 |
| 氏名 | | | |
| 住所 (申請者と異なる場合) | 〒 蒲郡市 町 電話番号() - | | |