

地域生活支援給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

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、世帯員の収入及び資産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() -			
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日	
			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	
変更の理由					

サービス利用の 状況	自立支援給付 障害程度区分	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
		利用中のサービスの種類と内容等			
申請する支援の種類・内容					
☐ 移動支援(身体介護 あり・なし) 時間／月			☐ 日中一時支援 日／月		
☐ 地域活動支援センター 日／月					

☐ 減免を申請します	☐ 減免を申請しません
-----------------------------------	------------------------------------

申請する減免の種類	☐ 月額負担上限額に関する認定 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 自立支援給付の上限額の適用(自立支援給付受給者) 2 生活保護世帯 3 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 4 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	☐ 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）

届出者	☐ 申請者本人 ☐ 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() -		