

様式第 1 号

各務原市地域生活支援事業利用（変更）申請書

（宛先）各務原市長

次のとおり申請します。
以下の申請内容について、市が利用者負担額の認定に必要な私の世帯の所得（収入）情報・市町村民税の課税情報について、調査・閲覧することに同意します。また、サービス利用に係る（利用者負担分を除く）費用については、サービス事業所が各務原市から代理受領することに同意します。

申請年月日 年 月 日 氏名

*申請が本人でない場合は裏面代理申請者欄も記入

利用者（申請者）氏名 個人番号：	生年月日 昭和 平成 . .	年齢 歳	住所 〒 - 電話 () -
身体障害者手帳 (級) 県第 号	療育手帳 () 岐阜県第 号	精神障害者保健福祉手帳 (級) 岐阜県第 号	
保護者（児童の場合） 個人番号：	生年月日 平成・令和 . .	続柄	
申請サービス名称	利用時間 回数/月	申請理由	
移動支援 (身・知・精)	時間/月 (身体介護 有・無)		
*身体介護・・・新規のみ別途調査票 要			
日中一時支援 (身・知)	時間/月 (重症心身 有・無)		
*重症心身・・・身体肢体 1, 2 級かつ療育 A, A1, A2 かつ歩行不能の場合			
訪問入浴 (身)	回/週		
*新規のみ別途医師診断書 要			
地域活動支援センター (身・知・精・自)	日/月 (重度加算 有・無)	<input type="checkbox"/> 障害者デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 小規模作業所事業	
*重度加算・・・身体肢体 1, 2 級 療育 A, A1, A2 精神 1, 2 級の場合（小規模作業所のみ）			
宿泊型生活訓練 (身・知)	日/月		
特記事項			
障害福祉サービス利用状況		介護保険認定・利用状況	
期間		期間	

身) 身体障害者手帳 知) 療育手帳 精) 精神保健福祉手帳 自) 自立支援医療精神通院受給者証

*知的障害については、療育手帳交付がないものであっても利用可

●利用者（申請者）の世帯は、下記のとおりです。

続柄	氏名	生年月日	備考
本人		大・昭・平 . .	
配偶者		大・昭・平 . .	

*この事業による世帯とは、本人と配偶者のみです。

●利用者（申請者）の世帯は、下記の世帯（A・B・C・Dのいずれかに○をつけてください。）に属します。

- A 生活保護受給世帯
- B 市町村民税 非課税世帯
- C 市町村民税 課税世帯で所得割額の合計額が16万円未満
- D 市町村民税 課税世帯で所得割額の合計額が16万円以上

代理申請者

ふりがな		関係	
氏名			
住所	〒 — 電話番号 () —		

【各務原市記入欄】

所得区分	生保・非課税・課税世帯1・課税世帯2	上限月額 円
------	--------------------	---------------