

地域生活支援事業支給申請書 兼 負担上限月額に関する認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

吹田市長 あて

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和				
	氏 名			年	月	日		
	居 住 地	〒						
		電話番号						
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		生年月日	平成・令和			年	月	日
			続 柄					
身体障がい者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障がい者保健 福祉手帳番号		疾病名		

申請するサービスの 状況 の種類等	サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等								
	居宅サービス									
	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
		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										
種類	☐ 移動支援	☐ 日中一時支援	☐	☐						
内容										

☐ 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○をつけてください。)

- 生活保護受給世帯
- 市町村民税非課税世帯

☐ 費用負担減額又は免除の申請

下記にあてはまるため費用負担の減免の申請をします。(あてはまるものに○をつけてください。)

- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において生活保護への移行予防措置の認定を受けている。
- 災害その他市長が認める特別な事由()

なお、この申請に係る審査のため市職員が下記の申請者の属する世帯の課税内容・収入や障がい福祉サービスの負担上限月額について調査すること及び調査による聴き取り内容等についてサービス利用契約を締結した指定事業者から求めがある場合にサービス提供に必要な範囲で情報提供することに同意します。

申請者氏名

申請書提出者	☐ 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	〒		
	電話番号		