

地域生活支援事業利用申請書

太子町長 様
次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	居住地	〒 671-15 太子町 電話番号		
フリガナ		生年月日		
利用申請に係る障害児氏名		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番号

種活す利用支援地域の申請等の生請	地域生活支援の種類と内容等		
	☐	移動支援(身体介護を伴う)	
	☐	移動支援(身体介護を伴わない)	
	☐	日中一時支援	
	☐	地域活動支援センター	
	☐		

減免申請の種別	☐ 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。 (当てはまるものに○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80万円以下の者 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外の者
	☐ II 生活保護への移行予防措置: 定率負担減免措置に関する認定 生活保護への移行予防措置: 定率負担減免措置を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。
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。	
1. 本申請に係る認定にあたり、町が私の属する世帯の住民情報を住民票等公簿により調査すること 2. 本申請に係る認定にあたり、町が私の属する世帯の課税状況を税務資料等公簿により調査すること 3. 本申請に係る認定にあたり、町が私の属する世帯の特別障害者手当等の給付状況を公簿により調査すること 4. 本申請に係る認定にあたり、私の属する世帯の者が申告した収入等に誤りがある場合、遡って再認定を受けること	
以上について同意します。	
本人(申請者)同意欄(署名(不可能な場合は捺印))	

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		
氏名		申請者との関係
住所	〒 電話番号	

町処理欄 0円 ・ 4,600円 ・ 9,300円 ・ 37,200円