様式第１８号（第４２条、第４７条、第６１条、第８８条、第９３条関係）

（表面）

地域生活支援事業利用（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

年　　月　　日

　（宛先）小樽市長

　　私は、次のとおり申請し、市が負担上限月額を算定するために必要な事項について調査し、情報を得ることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | | | |  |  | |  |
|  | 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |  |
|  | 氏名 | | 印  （自署の場合は不要） | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |  | |  |
|  | |  | | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | | | |  |
|  | 居住地 | |  | | | 電話番号 | | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  |  | |  | | |  |
|  | | |  | | | |  |  | |
|  | フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |  |
|  |  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |
|  | 申請に係る  児童の氏名 | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  |  | |  |
|  |  | |
|  |  | | | | 続き柄 |  | |  |
|  |  | | |  | | | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | | |  |  |
|  | 身体障害者 | |  | | 療育手帳 |  | | | 精神障害者保健 |  |  |
|  | 手帳番号 | |  | | 番号 |  | | | 福祉手帳番号 |  |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  | | |  | |  |  |
|  | 他のサービスの利用状況 | 障害福祉サービス | 障害支援区分の認定 | | 有・無 | | | 区分　１ ２ ３ ４ ５ ６ | | 有効期間 |  |
|  |  | |  | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | 利用中のサービスの種類、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、内容等 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | | |
| 申請する支援の種類・内容 | |  | | | |  | | | | |
|  | □ 移動支援 | | | | 時間／月　　※身体介護あり　身体介護なし | | | | |
|  |  | | | | □　個別支援型　　　□　グループ支援型 | | | | |
|  |  | | | | （利用希望事業所　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | □ 視覚障害者ガイドヘルパー | | | | 時間／月　　※身体介護あり　身体介護なし | | | | |
|  | （グループ支援に限る。） | | | | （利用希望事業所　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | □ 地域活動支援センター | | | | 日／月 | | | | |
|  |  | | | | ※　　Ⅰ型　　　Ⅱ型　　　Ⅲ型　　　基礎型 | | | | |
|  |  | | | | （利用希望センター　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | □ 日中一時支援 | | | | 日／月 | | | | |
|  |  | | | | （利用希望事業所　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | □ 生活サポート | | | | 時間／月 | | | | |
|  |  | | | | （利用希望事業所　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |

（注）「※」印欄は、記入不要です。

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | □　下記の区分の適用を申請します。 |
|  |  | （当てはまるものに○を付け、いずれにも当てはまらない場合は記入しないでくださ |
|  |  | い。） |
|  |  | 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８０万円以下のもの |
|  |  | ３　市町村民税非課税世帯に属する者であって、上記２以外のもの |
|  |  | ４　市町村民税課税世帯（障害者（２０歳未満の施設入所者を除く。）：所得割１６万 |
|  |  | 円未満、障害児（２０歳未満の施設入所者を含む。）：所得割２８万円未満） |
|  |  | ※　「世帯」の範囲は、１８歳以上（施設入所者にあっては、２０歳以上）の障害者に |
|  |  | ついては当該障害者及び同一の世帯に属するその配偶者、１８歳未満（施設入所者に |
|  |  | あっては、２０歳未満）の障害児については障害児、その保護者の住民基本台帳上の |
|  |  | 世帯員及び単身赴任等により別居している保護者です。 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |
|  | 申請書提出者 | □　申請者本人　　　□　申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 氏　　　名 |  | 申請者との関係 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | | |
|  |  | 〒 | | |
|  | 住　　　所 |  | | |
|  |  | 電話番号 | | |
|  |  |  | | |