|  |
| --- |
| 受理日付印 |
|  |

(第１号様式)

**地域生活支援事業・地域生活支援促進事業利用申請書及び**

**世帯状況・収入等申告書兼同意書**

姶良市福祉事務所長　殿　　　　　　　　　申請年月日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者氏名**  **（18歳未満の場合は保護者・18歳以上の場合は本人）** | | | | | | | | | | | | | | **対象児氏名**  **（18歳未満の場合は児童・18歳以上の場合は記入不要）** | | | | | | | | | | | | |
| **マイナンバー** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **マイナンバー** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | |
| **氏　名** |  | | | | | | | | | | | | | **氏　名** | (続柄：　　　　) | | | | | | | | | | | |
| **生年月日** | 年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | **生年月日** | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| **居住地** | 〒　　　　-  電話番号（　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | **居住地** | □同左　〒　　　　-  電話番号（　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| **手帳の種類** | | | □身体障害者手帳　　□療育手帳　　　　　□精神保健福祉手帳  □自立支援医療　　　□診断書・意見書　　□その他(　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　サービスの利用状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **障害福祉**  **児童通所** |  | **支援区分** | 無・（区分　１　２　３　４　５　６　） |
| **介護保険** | 無・(要支援　１　２ / 要介護　１　２　３　４　５ ) |

２　申請する支援の種類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **地　域　生　活　支　援　事　業** | | | |
| □　手話通訳者等派遣事業 | □　書類申請 | □　手話通訳 | 回 |
| □　口頭申請 | □　要訳筆記 |
| □　移動支援事業 | □　個別支援型 | | 時間／月 |
| □　グループ支援型 | |
| □　地域活動支援センター事業 | □　Ⅰ型 | | 日／月 |
| □　Ⅱ型 | |
| □　Ⅲ型 | |
| □　訪問入浴サービス事業 |  | | 回／月 |
| □　日中一時支援事業 |  | | 日／月 |
|  |  | |  |
|  | |
| **地　域　生　活　支　援　促　進　事　業** | | | |
| □　重度訪問介護利用者の大学修学支援事業 |  | | 時間／月 |

３　世帯の状況（１８歳未満の方については、保護者名も記入すること。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯の状況** | **氏名(本人との続柄)** | **生年月日** | **世帯の状況** | **氏名(本人との続柄)** | **生年月日** |
| **本人** | (　　　) | ．　　． | **保護者** | (　　　) | ．　　． |
| **配偶者** | (　　　) | ．　　． | (　　　) | ．　　． |

４　申請者の収入及び必要経費の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区分** | **種　類** | **収入額** |
| **稼得等収入** | 障害年金等(障害(基礎・厚生・共済)年金、特別障害給付金等) | 円 |
| 手当等(特別障害者手当、障害児福祉手、経過的福祉手当、特別児童扶養手当) | 円 |
| 工賃等 | 円 |
| その他の収入(　　　　　　　　　　　　　　　　) | 円 |
| 仕送り収入　不動産等による家賃収入　その他の収入(　　　　　　　　　) | 円 |

姶良市地域生活支援事業実施規則第６条及び第７条の規定により、上記のとおり申請します。

上記申請に係る利用者負担の減額・免除等の決定のため私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査及び照会・閲覧することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者氏名**  **(保護者)** | （署名又は記名押印） |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、姶良市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設等の関係人に提示することに同意します。