

尾道市地域生活支援事業利用申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

利用者（児童の場合は保護者）氏名、個人番号（マイナンバー）、
生年月日、住所、電話番号を記入

申請年月日 **年 **月 **日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	オノミチ タロウ		生年月日	〇〇年 〇月〇〇日		
	氏名	尾道 太郎			個人番号：*****		
	居住地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 尾道市〇〇町〇〇〇〇番地		電話番号 0848-**-****			
フリガナ		児童の氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、続柄を記入 ※児童が利用する場合のみ記入					
支給決定に係る児童氏名		個人番号：					
身体障害者手帳		有・ <input checked="" type="radio"/> 無		療育手帳		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
				精神障害者保健福祉手帳		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	

申請する事業の種類等	手帳の有無を○	利用する時間数・回数	利用（予定）事業所
<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援事業		〇日	〇〇事業所
<input type="checkbox"/> 移動支援事業		現在通学中の学校等	
<input type="checkbox"/> 地域活動センター			
<input type="checkbox"/> 生活サポート事業			

申請するサービスの口に✓し、必要な時間数・回数、
事業所名、学校名（児童の場合）を記入

申請する減免の種類等	<input type="checkbox"/> ①負担上限月額に関する認定 次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、2以外のもの 4 市町村民税非課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者 ※18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
	<input type="checkbox"/> ②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

上記で記入した申請者以外が、申請書を提出する場合は、本人以外にし、
本人との関係等を記入

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人（以下各欄に記入）		
氏名	△△ △△	申請者との関係	□□
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 尾道市〇〇町〇〇〇〇番地		電話番号 0848 - ** - ****