

あわら市日中一時支援事業利用申請書

あわら市長 様

あわら市日中一時支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名	個人番号:		昭和 平成	
	居住地	〒 電話番号			
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
		個人番号:	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	

他のサービス利用の 状況	障害福祉 サービス	障害程度 区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期限	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	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と内容等						
申請する 支援の内容						

申請する減免の種類	<p>負担額に関する認定</p> <p>下記の区分の適用を申請します。</p> <p>(あてはまるものに 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。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
世帯範囲の特例	<p>下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。

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。

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		

支給決定のため、市県民税の課税状況を税務課に確認を求めることに同意します。