移動支援事業サービス利用登録申請書

　　 川南町長　 　様

　　 次のとおり登録の申請をします。

申請年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | 生年月日 | 明治　大正昭和　平成 | 年　　月　　日 　 |
| 氏　　名 | 印 |
| 居 住 地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　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 |  |
| 　サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス | 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と内容等 |
| 介護保険サービス | 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 |  |  |  |
| 地域生活支援事業 | 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 申請する減免の種類 | 　□　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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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。） 　　 　　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、２以外のもの　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　□　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。 　　 　　　　　　　　　 |
| 世帯範囲の特例 | 　□　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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１．税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。　　　　　 　　２．医療保険制度において、同一の世帯に属する者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 |  |