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 |  |