

利用者負担に関する設定

□下記の世帯に属するため、利用者負担の免除を申請します。(あてはまるものに○をつける。)

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

□下記のいずれにもあてはまるため、利用者負担の軽減を申請します。

1. 施設入所者(注)以外の者
2. 市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円未満(申請者が障がい児の保護者の場合、28万円未満)の者

※18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障がい者の「世帯」の範囲は「障がいのある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

※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。

(注)対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設、特定旧法指定施設)

上記の軽減制度を申請する場合に限り、下記の世帯の状況をご記入ください。

世帯の状況					
氏名	続柄	課税状況	氏名	続柄	課税状況
	本人	課税 / 非課税			課税 / 非課税
		課税 / 非課税			課税 / 非課税
		課税 / 非課税			課税 / 非課税

(注)障害福祉サービス受給者証をお持ちの方は、同じ区分となります。

【同意欄】

(1) サービス利用計画又は個別支援計画等を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査の内容、サービス利用以降聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部、障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証を大和市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することを同意します。

(2) 当該支給申請に伴う、支給の決定にあたり、私及び私と同一情報等の関係情報を収集することを承諾します。

表面の申請者と同じ方の署名を
忘れずにお願いいたします。

申請者氏名：

大和 親太郎

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との 関係	
氏名			
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		