

第1号様式

地域生活支援事業利用申請書

年 月 日

斑鳩町長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

※氏名欄について、自署によらない記名のみの場合は、  
本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

下記の地域生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については斑鳩町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

また、この申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各種関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

フリガナ			
利用者氏名			
生年月日	年	月	日生（ 歳）
居住地		電話番号	
障害名			
手帳番号	第	号	等級 種 級
利用希望事業の種類に○印	事業内容	サービス内容	
	(1)移動支援事業		
	(2)地域活動支援センター事業		
	(3)日中一時支援事業		
	(4)その他（ ）		
希望する理由			
備考			

申請する減免の種類	
<input type="checkbox"/>	<p>I 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。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 生活保護世帯</li> <li>2 市町村民税非課税世帯に属する者</li> <li>3 市町村民税課税世帯（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</li> </ol> <p>※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。</p>
<input type="checkbox"/>	<p>II 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。</p>

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		