

# グループホーム家賃助成承認申請書

年 月 日

八王子市福祉事務所長 宛

八王子市身体障害者及び知的障害者グループホーム家賃助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、グループホーム家賃助成の承認を受けたいので、次のとおり申請します。また、この申請書に記載した所得の状況等について、貴職が住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

申請者	障害福祉サービス受給者証番号		障害種別	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 知的障害	
	フリガナ		生活保護の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 市)	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	居住地 (サービス受給者証に記載されているもの)	〒 電話番号 ( )			
グループホーム	法人名		指定事業所名		
	所在地	〒 電話番号 ( )			
	家賃月額(補足給付)	円 ( 円 )	入居年月	年 月	
所得の状況	収入	所得の有無	種類	金額(年額)	
		有・無	就労等による収入(工賃・給与等)	円	
		有・無	公的年金(障害年金等)	円	
		有・無	各種手当(名称: )	円	
		有・無	その他の収入( )	円	
	収入額合計				円
	必要経費	有・無	社会保険料(健康保険料等)	円	
		有・無	所得税・地方税	円	
		有・無	その他の経費( )	円	
		必要経費合計			円

(注) 所得の状況及びグループホームの家賃月額を証する書類を添付すること。

申請者と提出者が異なる場合、下の欄に記入

申請書提出者	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 電話番号 ( )		
		<input type="checkbox"/> 提出者の氏名、住所を書類の送付先に希望します <input type="checkbox"/> それ以外の送付先を希望します(要連絡) (注) <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は、申請者の氏名、居住地を送付先とする。		

障害者福祉課確認欄(以下は記入しないこと。)

収入(年額)	認定外収入(年額)	収入(月額)	所得月額	確認印	収受印
円	円	円	円		
必要経費(年額)	基礎控除額	必要経費(月額)	助成区分	確認印	
円	円	円			