

記入例

八王子市障害者地域生活支援事業等利用申請書

八王子市福祉事務所長 殿

下記のとおり、八王子市障害者地域生活支援事業等の利用を申請します。

申請年月日 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

申請者	フリガナ	ハチオウジ タロウ		生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇 歳)	
	氏名	八王子 太郎		電話番号	000-0000-0000	
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
	居住地	〒 1 9 2 - 8 5 〇 八王子市元本郷		【利用する本人が障害者(18歳以上)の場合】 申請者欄に本人氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、電話番号、居住地を記入してください。 【利用する本人が障害児(18歳未満)の場合】 申請者欄に保護者氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、電話番号、居住地を記入してください。 利用する本人の氏名を「支給申請に係る児童氏名」欄に記入し申請者との続柄を記入してください。(例:「子」)		
	フリガナ					
支給申請に係る児童氏名						
障害種別等	☒ 身体障害					

世帯構成	利用者が18歳以上の場合は、配偶者を記載してください。 利用者が18歳未満の場合は住民票上の世帯員を記載してください。					
		氏名	生年月日	利用者との関係	同居/別居	(別居の場合のみ) 住所及び個人番号
	世帯員	八王子 花子	0000/00/00	妻	☒ 同居/ ☐ 別居	住所: 個人番号:
					☐ 同居/ ☐ 別居	住所: 個人番号:
					☐ 同居/ ☐ 別居	住所: 個人番号:
					☐ 同居/ ☐ 別居	住所: 個人番号:
				☐ 同居/ ☐ 別居	住所: 個人番号:	
利用者負担割合について該当する世帯区分に☒を記入してください。 不明の場合は「不明(貴職による確認を希望)」に☒を記入してください。						

利用者負担割合について下記の区分の適用を				
☐ 生活保護受給世帯	☐ 非課税世帯	☐ 課税世帯 (所得割額の合計が16万円未満の者) (児童は28万円未満の者)	☐ 課税世帯 (左記以外の者)	☒ 不明 (貴職による確認を希望)

申請するサービス	☒ 現在利用しているサービスを継続して利用したい ☐ 次のサービスを新たに利用したい (追加したいサービス ☐ 移動支援 ☐ 日中一時 ☐ 補装具としての車いすの支給決定がある	どちらかに☒を記入してください。 新たにサービスを利用する場合は追加したいサービスに☒を記入してください。
申請に係る具体的内容	八王子市から車いす購入費の助成を受けている方(補装具として車いすの支給決定を受けている方)は☒を記入してください。※介護保険によるレンタル等は含みません。	

移動支援に係る確認事項	移動支援の申請者で、利用者が学齢期の場合は下記の欄をご記入ください。 次のことを確認したうえで申請します。(確認のうえ、 ☐ に ☒ を記入してください。)	
	☐ 通学の付き添いに移動支援を利用する場合は、保護者が事由で付き添いができない場合に限ること。 ☐ 上記申請事由が身体障害者手帳(視覚障害を除く)また申請事由がない場合を除き、移動支援の利用はできない	利用する方が小学生から高校生までの場合は、必ず2か所に☒を記入してください。 通学している学校名を記入してください。
	学校名	

申請に当たり、利用者及び利用者の家族等の所得状況等について、貴職が「課税台帳」等の公簿により確認することに同意します。

申請者署名を記入してください。

申請者署名 八王子 太郎