

--	--	--	--	--	--	--	--

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		年	月	日
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日(歳)	
	氏名			電話番号		
	個人番号:					
居住地	〒					
フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日(歳)	
支給申請に係る児童氏名				個人番号		
障害種別等	☐ 身体障害	☐ 知的障害	☐ 精神障害	☐ 左記以外 (「申請に係る具体的内容」に詳細をご記入ください)		

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				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下記の区分の適用を申請します。

☐ 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 ☐ 日中一時支援 ☐ 認定短期入所)
申請に係る具体的内容	☐ 補装具としての車いすの支給決定がある

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、保護者が入院・通院・冠婚葬祭など、やむを得ない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)または難病等の場合は、学齢期終了後、別の申請事由がない場合を除き、移動支援の利用はできないこと。	
	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 _____