

職員記入欄(記入不要)							

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

申請者 住所.....

氏名.....

電話番号.....

※利用者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入してください。
本人または保護者の署名の場合は、押印を省略することができます。

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。なお、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。

申請するサービス (○をしてください。)		認定短期入所 ・ 日中一時支援 ・ 移動支援				
利 用 者	(フリガナ)				生年月日	(年号等) 年 月 日(満 歳)
	氏 名					
		個人番号:				
	住 所	〒 ー				
申 請 事 由 (障害種別に ○をしてくだ さい。)	1 身体障害者手帳 ※1	級	交付番号 交付日			車いすの 交付 有 ・ 無
	2 愛の手帳	度	交付番号 交付日			
	3 精神保健福祉手帳又は精神障害を事由とする年金・特別障害給付金受給者 ※2					
	4 障害者総合支援法施行令第1条に基づく特殊の疾病にり患している者(難病等)					
	※1 認定短期入所・日中一時支援利用者は1・2級、移動支援利用者は視覚による身体障害者手帳をお持ちの方 ※2 移動支援のみ利用可					
世 帯 構 成		氏 名	生年月日	利用者 との続柄	市町村民税 (年度)	生活保護 受給有無
	利用者		S・H・R 年 月 日	本人	課税・非課税	有・無
	世帯員		S・H・R 年 月 日		課税・非課税	有・無
			S・H・R 年 月 日		課税・非課税	有・無
			S・H・R 年 月 日		課税・非課税	有・無
		S・H・R 年 月 日		課税・非課税	有・無	
※障害者が18歳以上の場合は、本人および配偶者を記載してください。障害者が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。						

【移動支援】 移動支援の申請者で、申請利用者が学齢期の場合は下記の欄をご記入ください。	
移動支援に かかる確認 事項	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