

# 八王子市障害者地域生活支援事業等利用申請書

年 月 日

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、八王子市福祉事務所長が「課税台帳」等の公簿により確認することに同意します。  
**(太枠内を記入してください。)**

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 氏名	個人番号:	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)		
	住所	〒 八王子市				
申請事由 (障害種別に○をしてください。)	1 身体障害者手帳	級	交付番号 交付日	第 年 月 日		
	※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 愛の手帳	度	車いすの交付 有・無	交付番号 交付日	第 年 月 日	
3 精神福祉保健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 (移動支援のみ)						
世帯構成	利用者	氏名	生年月日	利用者との続柄	市都民税額 (年度)	生活保護受給有無
	世帯員		T・S・H・R 年 月 日	本人		有・無
			T・S・H・R 年 月 日			有・無
			T・S・H・R 年 月 日			有・無
			T・S・H・R 年 月 日			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。

確認事項	認定短期入所・日中一時支援	<input type="checkbox"/> ①一時保護にあたり医療行為等特別の行為は必要ありません。 <input type="checkbox"/> ②伝染病、悪性の疾患は有していません。 <input type="checkbox"/> ③介護保険の対象者ではありません。 <input type="checkbox"/> ④八王子市在宅緊急一時保護事業に登録していません。				
事務処理欄	認定短期入所・日中一時支援	<input type="checkbox"/> 事前面接 (利用施設: ) <input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 介護保険利用 (無・有)	<input type="checkbox"/> 在宅緊急一時保護事業登録 (無・有→ 月 日 廃止)			
		支給可否	可 否	支給単位数	認定短期入所 5日 / 日中一時支援 56時間	
		負担割合	課税: 10% (18歳以上で世帯の所得割額が16万円未満の場合は5%) 非課税・生活保護: 0% (18歳未満で世帯の所得割額が28万円未満の場合は5%)			
	移動支援	支給可否	可 否	<input type="checkbox"/> 中学生以上		
	併用不可	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (受給無) <input type="checkbox"/> 行動援護 (受給無) <input type="checkbox"/> 同行援護 (受給無) <input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援 (受給無) <input type="checkbox"/> 重度脳性麻痺者当介護事業 (受給無)				
	負担割合	課税: 10% (18歳以上で世帯の所得割額が16万円未満の場合は3%) 非課税・生活保護: 0% (18歳未満で世帯の所得割額が28万円未満の場合は3%)				