

記入例

川西市障害者地域生活支援事業利用（変更）申請書

令和●●年●●月●●日

川西市長 宛

次のとおり地域生活支援事業の利用（変更）を申請

(1) 申請者（障害者本人。児童の場合はその保護者）

利用者本人

申請者	フリガナ	カワニシ タロウ	生年月日	明治 昭和 大正 平成	●●年●●月●●日
	氏名	川西 太郎			
	居住地	〒●●●-●●●● 川西市中央町●番●号 固定電話072-740-●●●● (日中一番連絡の取りやすい方の番号→) 携帯番号090-●●●●-●●●●(母)			
	フリガナ		生年月日	平成 令和	年 月 日
	利用申請に係る 障害児氏名		続柄		
	身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名	
申請する 事業	サービスの種類		利用時間数又は利用日数		
	<input type="checkbox"/> 移動支援				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター				
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援				
<input type="checkbox"/> 訪問入浴					

(2) 申請者と住民票を同じくする世帯員（申請者を除く。申請者から見た続柄をご記入ください。）

氏名	続柄	氏名	続柄
1		4	
2		5	
3		6	

(3) 月額負担上限認定申請

下記の所得区分の適用を申請します。

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要件	生活保護受給世帯 (生活保護)	市民税非課税世帯であって、申請者の合計収入額が80万円以下の者 (低所得1)	市民税非課税世帯であって、左記以外の者 (低所得2)	市民税課税世帯 (一般) 市民税所得割額 <input type="checkbox"/> 16万円以上 <input type="checkbox"/> 16万円未満

(4) 届出者（申請者本人が届け出る場合には、本欄のご記入は不要です。）

届出者	フリガナ	カワニシ ハハミ	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者 (□代筆)
	氏名	川西 母美	申請者との関係	母
	住所	〒 - 同上 電話番号 ()		

※裏面は記入不要

* 障害福祉サービス（クリーム色の受給者証）にかかる「世帯状況・収入・資産等申告書」をこの申請書と同時に提出する場合、以下の記載は不要です。（この場合、以下の口にチェックを入れてください）

収入・資産等の状況については、「世帯状況・収入・資産等申告書」を参照

(5) 障害者（障害児とその保護者）の収入の状況

（前年（支給開始（変更）日が4～6月の場合は前々年）中の収入等）

1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

2) 収入等の状況

収入（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他収入（ ）	円

必要経費

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

(6) 障害者（障害児とその保護者）と生計中心者の資産等の状況

1) 障害者（障害児とその保護者）

種類	有無	内容
申請者名義の預貯金等	有・無	円
申請者名義の不動産等	有・無	<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無	

2) 生計中心者

種類	有無	内容
生計中心者名義の預貯金等	有・無	円
生計中心者名義の不動産等	有・無	<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無	