

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）を申請します。

(1) 申請者（障害者本人。児童の場合はその保護者）

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名			昭和 平成	
	居住地	〒		固定電話	携帯番号
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		区分	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者（ <input type="checkbox"/> 代筆）
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒		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	