

## 足利市 地域生活支援事業 利用申請書

足利市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒 電話番号		
利用申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			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

サービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ( ) ・要介護	1 2 3 4 5
利用中のサービスの種類と内容等						

○現在の状況（その他の場合は、施設名等の名称をご記入ください）

 在宅 その他 ( ) 年 月 日～ 入所・ショート・入院

○申請するサービスの種類

(1) 通所系サービス

申請	サービスの種類	申請に係る具体的内容
	日中一時支援	日/月
	地域活動支援センター	

(2) 訪問系サービス

	移動支援	時間/月
	訪問入浴サービス	回/月

(3) 居住系サービス

	福祉ホーム ( )	
--	-----------	--

(4) その他

	日常生活用具給付	
--	----------	--

○課税状況確認のための世帯の状況および同意書

地域生活支援事業の利用決定及び減免等のため、私及び私の属する世帯員の収入状況、課税状況等の調査をおこなうことについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

なお、転入等により、足利市で前年度の課税状況が確認できない場合は、この申請の審査に基づく事務手続を処理するために限り、当該事務手続に必要な年度の地方税関係情報について情報提供ネットワークシステムを利用し、取得することに同意が必要です。同意できる場合は、下記の氏名欄に自ら署名を行い、個人番号を記入してください。代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要となります。ただし、18歳未満で収入がない場合は不要となります。

	氏名(兼同意署名)	生年月日	年齢	続柄	課税状況
	個人番号				
申請者				本人	<input type="checkbox"/> 生活保護・非課税 <input type="checkbox"/> 課税
配偶者					<input type="checkbox"/> 生活保護・非課税 <input type="checkbox"/> 課税
世帯員 (申請者が18歳未満の場合)					<input type="checkbox"/> 生活保護・非課税 <input type="checkbox"/> 課税
					<input type="checkbox"/> 生活保護・非課税 <input type="checkbox"/> 課税
					<input type="checkbox"/> 生活保護・非課税 <input type="checkbox"/> 課税

○利用決定にかかわる同意

私が契約した地域生活支援事業の給付等を行うために必要があるときは、利用決定に係る調査内容を指定事業所、障害者相談支援センター等関係機関に提示・照会等する事に同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

○申請者

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏名		申請者 との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

世帯区分

生活保護・非課税    課税

確認日                      年                      月                      日