

地域生活支援事業サービス利用申請書

柏原市長 様

下記のとおり申請します。

なお、申請にあたっては、本申請書記載の同意事項について同意します。

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 ()		
フリガナ			生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児 童 氏 名				
身体障害者 手 帳 番 号		療育手帳 番 号		精神保健福 祉手帳番号

申請するサービスの種類・内容等

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

☐世帯範囲の特例

下記のいずれにも該当するため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。

- ①税制上、同一の世帯に属する親、兄弟姉妹、子供等が障害者を扶養控除の対象者としていない。
 ②健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟姉妹、子供等の被扶養者となっていない。

【同意事項】

- ①利用者負担上限額を決定するにあたり、世帯全員の市・府民税課税台帳、生活保護受給者台帳の確認を行うことに承諾する。
 ②世帯範囲の特例の申請を行う場合にあっては、国民健康保険の加入状況について確認を行うことに承諾する。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒		
		電話番号 ()	