

総社市障がい者（児）移動支援事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業（Ⅱ型）

利用申請書

総社市長 様

次のとおり申請します。なお、この申請に係る利用決定に必要なときは、私及び私の属する世帯員の収入状況について、税務資料並びにその他の公簿等により調査することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	(※対象者が18歳未満の場合は保護者)			
	個人番号				
	居住地	電話番号( ) -			
児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日	
		(※対象者が18歳未満の場合のみ)	続柄		
児童個人番号					
身体障害者手帳番号	岡山県第 号	療育手帳番号	岡山県第 号	精神障害者保健福祉手帳番号	岡山県第 号
児童発達支援放課後等デイ受給者証番号		個別サポート加算(Ⅰ)	該当・非該当	医師診断書・意見書等	有・無

申請する事業の内容等（該当の□に印をする。）

□移動支援事業					
障がいの種別	<input type="checkbox"/> 全身性障がい	及び移動支援の内容及び希望支給量	<input type="checkbox"/> 身体介護を伴う		
	<input type="checkbox"/> 知的障がい		ひと月あたり( )時間		
	<input type="checkbox"/> 精神障がい（発達障がいを含む。）		<input type="checkbox"/> 身体介護を伴わない		
	※上記の障がい以外の方は、この事業を利用できません。		ひと月あたり( )時間		
□日中一時支援事業					
支給量	ひと月あたり( )日	※利用を希望する主な理由			
		<input type="checkbox"/> 家族の就労のため <input type="checkbox"/> 家族の一時的な休息のため			
		<input type="checkbox"/> その他( )			
		※夏季休暇中の追加支給を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
(対象者が就学中の児童の場合、7月は5日、8月は10日を追加支給します)					
※希望する支給量が10日を超える場合					
<input type="checkbox"/> 家族の就労のため（同居の支援者全員の就労証明書を添付してください）					
<input type="checkbox"/> その他（なるべく詳細に理由を記入してください）					
{ }					
□地域活動支援センター事業（Ⅱ型）					
支給量	ひと月あたり( )日	※宿泊を伴う短期入所事業及び児童に対する事業（療養目的に限る。）は、総合支援法による福祉サービスを利用してください。			

（裏面は、利用者負担額の免除申請に関する事項及び届出者の記入欄になっています。）

利用者負担額の免除申請に関する事項

免 除	次の事項に該当するため、利用者負担額の免除を申し出ます。 <input type="checkbox"/> 生活保護法の適用を受けている世帯に属しているため <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属しているため
--------	--

- ※ 市町村民税非課税世帯の範囲は、障がい者（18歳以上）の場合は本人及び配偶者、障がい児（18歳未満）の場合は住民基本台帳に基づく世帯とします。
- ※ 免除（利用者負担額の全額を免除）は、利用決定通知書により、申請のあった翌月以降の利用者負担額から適用となります。
- ※ 当該年度の市町村民税が総社市以外の市町村で課税されている場合、当該年度の世帯全員（障がい者については、本人及び配偶者）の市町村民税課税証明書を提出してください。
- ※ 免除は、利用される事業所に市が発行した利用決定通知書を提示することにより、利用者負担額の支払いの際、利用者負担額の免除を行うものです。
- ※ 市町村民税非課税世帯の方については、毎年度6月末に見直しますので、引き続き免除を受ける場合は、毎年6月末までに本申請書を提出してください。

届 出 者	フリガナ		
	氏 名		申請者との関係
	住 所	〒  電話番号	