地域生活支援事業支給申請書兼利用者負担額

減額・免除等申請書兼税情報閲覧同意書

湯浅町長　様

次のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | | | 生年月日 | 明治・大正昭和・平成　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | |  | | | |
| 居住地 | | 〒  電話番号：　　　　― | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | |
| 支給申請に係る児童氏名 | | |  | | | | 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 |  |
| 申請する支援の種類 | コミュニケーション支援 | | | |  | | | | | |
| 移動支援 | | | |  | | | | | |
| 地域活動支援センター | | | |  | | | | | |
| 日中一時支援 | | | |  | | | | | |
| 自動車運転免許取得助成 | | | |  | | | | | |
| 自動車改造助成 | | | |  | | | | | |
| 経過的デイサービス | | | |  | | | | | |
| ○月額上限負担額に関する申請  下記の区分の適用を申請します。  （当てはまるものに○をつけること。）  □１　生活保護世帯  □２　町民税非課税世帯に属する者であって、合計所得額及び障害基礎年金等の収入額が80万円以下の者  □３　町民税非課税世帯に属する者であって、２以外の者  □４　１から３のいずれにも該当しない者 | | | | | | | | | | |
| ○地域生活支援事業の支給申請に当たり、利用者負担の決定のため、私及び私の属する世帯員の税情報について、あらゆる項目を閲覧することに同意します。  同意者　　　　　　　　㊞印 | | | | | | | | | | |