

（表）

取手市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

（申請先）取手市長

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治・大正	年	月	日
	氏 名			昭和・平成	年	月	日
	居 住 地	〒 電話番号（ ）					
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	平成・令和	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			

申請する支援の 種類等	利用の 状況	障 害 福 祉 サ ー ビ ス	利用中のサービスの種類と内容等				
		地域生活支援 事 業	利用中の支援の種類と内容等				
		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				
	地域生活支援事業	申請する支援の種類・内容					
		種 類	☐ 地域活動 支援センター	☐ 移動支援	☐ 日中一時支援	☐ 訪問入浴	
☐ 意思疎通支援			☐ 夜間支援	☐ その他支援			
内 容	支給量、その他支援について具体的に記入してください						

(裏)

申請する利用者負担額減額・免除等の種類

世帯区分	利用者負担上限月額
生活保護世帯	0円
市町村民税非課税世帯（低所得１）	15,000円
市町村民税非課税世帯（低所得２）	24,600円
市町村民税課税世帯	37,200円

- ☐ 生活保護世帯
- ☐ 低所得１（市町村民税非課税世帯であって、障害者等の年収が、８０万円以下のもの）
- ☐ 低所得２（市町村民税非課税世帯であって、低所得１に該当しないもの）
- ☐ 市町村民税課税世帯

住民基本台帳及び、費用の負担及び徴収に係る負担能力の確認に必要と認められる諸事務に関し、当福祉事務所に調査を委任することに同意します。

但し、調査の結果については当該業務への使用のみに制限します。

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（ ）		