

第1号様式(第3条関係)

新宿区地域生活支援給付費支給決定申請書兼利用者負担額減額・免除申請書

(移動支援・日中ショート・タイムケア・土曜ケアサポート)

新宿区長 宛て

年 月 日

下記のとおり地域生活支援給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等の申請をします。

申請者 (障害者本人 又は 児童の保護者)	フリガナ					生年月日	年 月 日
	氏 名						
	個人番号						
	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	年 月 日
	氏 名					続 柄	
	個人番号						
身体障害者		知的障害者		精神障害者		難病患者等	
第	身体障害者手帳 号(種 級)	第	愛の手帳(療育手帳) 号(種 度)	第	精神障害者保健福祉手帳 号(種 級)		
同 確 認 意 欄	地域生活支援給付費の支給決定をするために必要があるときは、福祉サービスの受給状況を新宿区長が確認することに同意します。また、申請者の利用者負担額の決定に必要な新宿区が保有する個人情報を見守ることに同意します。						
サ ー ビ ス の 利 用 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					
	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					
申請するサービスの種類				申請に係る具体的内容			
<input type="checkbox"/> 移動支援				時間/月			
<input type="checkbox"/> 日中ショート				回/月			
<input type="checkbox"/> タイムケア				日/月			
<input type="checkbox"/> 土曜ケアサポート				日/月			
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					申請者との関係		
氏 名							
住 所	〒				電話番号 ()		

(注) 裏面もご記入ください

本 確:

番 確:

主治医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒 _____ 電話番号 (_____)		

【月額上限負担額に関する調査】

I 月額負担上限額に関する認定
 下記の区分の適用を申請します。（該当するものに○をつけてください。）

- 1 生活保護受給世帯（生活保護証明書を添付してください）
- 2 区市町村民税非課税世帯に属する者であって、障害者又は児童の保護者の合計所得金額及び障害年金等の収入の合計額が80万円以下のもの
- 3 区市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの
- 4 区市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の区市町村民税所得割額の合計額が次に該当するもの（障害者：所得割16万円未満、児童：所得割28万円未満）

【障害者の世帯の状況(児童の世帯を除く)】

（該当するものに○をつけてください。）

1 単身世帯 2 配偶者がいる世帯 3 本人・配偶者以外が生計維持者となっている世帯

※ 18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障害者の世帯の範囲は、障害のある方及び同一世帯に属する配偶者です。