

第1号様式(第6条、第7条関係)

新宿区重度障害者等就労支援給付費支給決定(変更)申請書
兼利用者負担額減額・免除申請書
(重度訪問介護・同行援護・行動支援)

新宿区長宛て

年 月 日

下記のとおり重度障害者等就労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)	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	個人番号														
	居 住 地	〒													
		電話番号													
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	重度障害者等就労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及び情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の情報連携を新宿区長が利用することに同意します。														
	申請者														
利用中のサービスの種類と内容等															
☐ 重度訪問介護				☐ 同行援護				☐ 行動援護							
就労状況	会社名														
	会社住所														
	業務内容	連絡先													
申請の理由															
申請(変更)するサービスの種類						申請に係る具体的内容									
☐ 重度訪問介護						時間／月									
☐ 同行援護						時間／月									
☐ 行動援護						時間／月									
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 ()															

(注) 裏面もご記入ください

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 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付を受けている者
3 区市町村民税非課税世帯に属する者
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。

<区役所記入欄(こちらには何も記入しないようにお願いします。)>

付番	番号確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.住民基本台帳等による確認 4.その他()	身元確認	1.障害者手帳(身・知・精) 2.免許証 3.健康保険証 4.住民税課税証明書 5.聞き取りによる確認 6.付番確認 7.その他()
----	------	--	------	--