

古賀市地域生活支援事業利用申込申請書

申請年月日 年 月 日

あて先 古賀市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

(申請者) 住所

氏名

申請者との続柄 ()

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	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	
			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	疾病名

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	非該当	1	2	3	4	5	6	有効 期間		
		利用中のサービスの種類と内容等												
	介護保険 サービス	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	サービスの種類	申請に係る具体的内容
	移動支援事業	
	訪問入浴サービス事業	
	経過的デイサービス事業	
	日中一時支援事業	
	地域活動支援センター事業	

申請者の 階層 区分	負担上限月額に関する認定
	<p>下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに をつける。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 生活保護受給者世帯に属する者 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 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 市町村民税課税世帯に属する者

世帯 範囲 の特例	下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。
	<ol style="list-style-type: none"> 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 健康保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。