

(表面)

令和 年 月 日

野田市障がい者等一時支援事業利用申請書

(宛先)野田市長

次のとおり申請します。

申請者	住所		生年月日	年 月 日	
	ふりがな 氏 名		電話番号		
ふりがな 障がい児氏名 (18歳未満の場合)			生年月日	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	

利 用 目 的	次に該当するものに☑すること。 ☐ 障がい者等の日中における活動の場の確保 ☐ 障がい者等の家族の就労支援 ☐ 障がい者等を介護している家族の一時的な休息 ☐ その他 ()
---------	---

他のサービスの状況	障害福祉サービス関係	障害支援区分	有 無	区分 1 2 3 4 5 6
		利用中のサービスの種類と内容等		
	介護保険サービス関係	要介護認定	有 無	要介護度 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5
		利用中のサービスの種類と内容等		

(裏面)

負担上限月額算定に関する事項	当てはまるものに○をつけてください。 1 生活保護受給世帯 2 中国残留邦人等支援給付受給世帯 3 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82.65万円以下のもの 4 市町村民税非課税世帯に属する者であって、3以外のもの
世帯範囲の特例	☐ 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の認定 (次のいずれにも当てはまる場合) 1 税制上、障がい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。 2 医療保険制度において、障がい者が同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。

1 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 上記の事実関係を確認できる書類(次の同意書の記入により、公簿等による確認ができるときは、添付を省略することができます。)

同意書	上記の事実関係を市において確認することに同意します。 申請者氏名
-----	--

- (2) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳(提示のみ)

- (3) 前号の手帳がない場合にあつては、障がい者等一時支援事業の利用が必要であることを証する書類

2 助成金の受領を事業者委任するときは、次の委任状に記入してください。

委任状	私は、次の者に、障がい者等一時支援事業に係る助成金を受領する一切の権限を委任します。 委任者 住所 氏名 受任者
-----	--

	所在地(住所) 事業者名称 代表者氏名
--	--