

宗像市地域生活支援事業利用申請書

宗像市福祉事務所長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日		
	氏名	個人番号：				
	居住地	〒 宗像市		電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日		
	氏名	個人番号：		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
サービス利用の 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				
		障害支援区分認定	無・有	区分	1. 2. 3. 4. 5. 6	
サービス利用の 状況	介護保険 サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
		要介護認定	無・有	要介護度	要支援( )・要介護1. 2. 3. 4. 5	
申請するサービス	サービスの種類			内 容		
	移動支援事業（身体介護；有・無）					
	日中一時支援事業					
	訪問入浴サービス事業					

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 続 柄
氏 名			
住 所	〒		電話番号 — —

月額負担上限額に関する認定	<p>下記の区分の認定を申請します。</p> <p>1、生活保護受給世帯</p> <p>2、市町村民税非課税世帯</p> <p>3、市町村民税課税世帯 (市民税所得割額16万円未満、障害児：28万円未満)</p> <p>4、3以外の市町村民税課税世帯</p> <p style="text-align: right;">(あてはまるものに○をつける。)</p>
世帯範囲の特例	<p>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。</p> <p>1、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。</p> <p>2、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。</p> <p style="text-align: right;">(あてはまるものに○をつける。)</p>

※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。

#### 同意書

本申請に係る地域生活支援事業の決定（不支給の場合を除く）に必要なあるときには、宗像市が私（申請者）及び私と世帯を同一とする者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により調査されることに同意します。

本人	
世帯同一者	世帯同一者
世帯同一者	世帯同一者

※障害者（18歳以上）の場合は障害者本人とその配偶者、障害児（18歳未満）の場合は、住民票上同居する成人の家族全員の署名をしてください。