

地域生活支援事業利用(変更)申請書兼利用者負担上限額減額・免除(変更)申請書

(宛先) 東大阪市長

新規 変更 追加

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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成							
	氏名				年 月 日							
	居住地	〒 —			受給者番号							
		日中連絡のとれる電話(Fax)番号 — —										
フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 平成							
支給申請に係る児童氏名					<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日							
身体障害者手帳	級(視覚 聴覚 音声言語 肢体 内部)		療育手帳	A B1 B2	精神障害者保健福祉手帳		級					
変更の理由												

申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	居宅						障害支援区分	
		施設サービス							
		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			
	申請するサービスの種類								
	<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/月			<input type="checkbox"/> 日中短期入所				
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型 (回/月)	利用予定施設名称 []		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型 (回/月)	利用予定施設名称 []				
所得区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護								

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 — —		

※裏面に同意書があります

受付者:

調 査 の 同 意 書

地域生活支援事業の利用者負担額の決定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の収入の状況について、貴職が下記の事項について報告を求めることに同意します。

記

照 会 先

東大阪市税務担当課、東大阪市生活保護担当課

照 会 事 項

地域生活支援事業の利用者負担額の決定又は実施に必要な事項

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

住 所

本人氏名

世帯主

世帯員

世帯員

世帯員

※この同意書は、申請のあった日の属する年度分の市町村民税が東大阪で課税されている方のみご記入ください。

市外からの転入等、市で課税情報が確認できない方は、「世帯全員の当該年度分の市町村民税の課税額（利用の申請した月が4月から6月までの場合は、前年度分）を証明する書類」または「生活保護受給の証明」を申請書に添付してください。

R4-03 版