

地域生活支援事業 支給申請書

北九州市 福祉事務所長 様

障害福祉サービス受給者番号	
---------------	--

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	大正 昭和	年	月	日
	氏名	個人番号:			平成 令和			
	居住地	〒		電話番号				
	フリガナ			生年月日	平成 令和	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名	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													
		<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 行動援護							
		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 生活介護							
		<input type="checkbox"/> 施設入所支援													
<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		<input type="checkbox"/> 共同生活援助									
<input type="checkbox"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(養成施設)									
<input type="checkbox"/> 地域移行支援		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		<input type="checkbox"/> 計画相談支援											
<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設															
障害児通所支援		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 (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													

申請するサービス	サービスの種類		備考
	地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	
		<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業 (日帰りショート)	

届出者欄(申請者自身が届け出る場合には本欄の記入は不要)

フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		
電話番号			

税務資料等の確認に関する同意欄(障害福祉サービスを申請又は支給されている場合は記入不要)

◎ 本申請に係る地域生活支援事業サービスの支給決定(不支給の場合を除く)に必要なあるときには、北九州市が私(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。

以上について同意します。

	世帯同一者同意欄【署名又は記名押印】	世帯同一者同意欄【署名又は記名押印】
	印	印
本人同意欄	世帯同一者同意欄【署名又は記名押印】	世帯同一者同意欄【署名又は記名押印】
	印	印

北九州市では、一部の地域生活支援事業のひと月あたりの負担上限額を、障害福祉サービスに合わせています。

以下は「地域生活支援事業」のサービスだけを利用する場合に、記入してください。(障害福祉サービスを申請又は支給されている場合は記入しなくて結構です。)

月額負担上限額	<input type="checkbox"/> I 月額上限負担額に関する認定【下記のあてはまるものに○を付けてください】
	<p>1 生活保護受給世帯の方 ※(番号、担当者:)</p> <p>2 市町村民税非課税世帯に属する方</p> <p>3 I 市町村民税課税世帯に属する18歳以上の障害者で、市町村民税所得割額16万円未満の世帯の方 II 市町村民税課税世帯に属する障害児で、市町村民税所得割額28万円未満の世帯の方</p> <p>4 市町村民税課税世帯に属する方であって、上記3に該当しない方</p> <p>市町村民税の所得を判断する際の世帯の範囲は、18歳以上の障害者については本人と同一世帯に属する配偶者、18歳未満の障害児については世帯の市町村民税所得割額の合計額による。</p>

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。