様式第１号（第４条関係）

粕屋町中途視覚障がい者生活訓練事業利用(変更)申請書

粕屋町長　　　　　　　殿

下記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | |
| 居住地 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 支給申請に係る  障害児氏名 | | | |  | | | | | | | |
| 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 | | | 障害程度  区分の認定 | | 有・無 | | | 区分 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 | | | | | | | | | | | | |

□　月額負担上限額に関する認定（下記に当てはまる番号のいずれかに○をつけてください）

　　１．生活保護受給世帯の方

　　２．市町村民税非課税世帯に属する方であって本人（本人が児童である場合は保護者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円未満の方

　　３．市町村民税非課税世帯に属する方であって上記２に該当しない方

　　４．所得割16万円未満の市町村民税課税世帯に属する方

　　５．所得割16万円以上の市町村民税課税世帯に属する方

* 世帯範囲の特例の認定に関する申請

【下記の１，２いずれにもあてはまる方は、世帯の範囲を住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ、又は申請者とその配偶者のみの世帯として申請できます。】

1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障がい者を扶養控除の対象としていない。
2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等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してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□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 | | |