

介護給付費支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書

豊島区長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		個人番号			
	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			個人番号			
身体障害者 手帳番号		愛の手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		
現在利用中のサービス(障害児施設を含む)の種類と内容等						
申請する サービス	介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 短期入所	申請に係る具体的内容		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援	<input type="checkbox"/> 行動援護			
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 同行援護			

	氏名	本人との関係	区市町村民税の課税状況
障害児(本人)		本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

同意書 (次の項目に同意していただける方は✓をお願いします。)

利用者負担額決定のため、私及び私の配偶者(または保護者の属する世帯)の税務情報を調査することに同意します。

※同意いただけない場合は住民税課税証明書、または非課税証明書を添付してください。

サービス利用計画、または個別支援計画作成等のために必要があるときは、介護給付費支給決定に係る調査の内容の全部、または一部を、豊島区から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設の関係人及び区役所内の関係部署に情報提供することについて同意します。

(裏面に続く)

次のとおり申請します。

(該当の口に✓をお願いします。)

負担上限額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつけてください。)

1. 生活保護受給世帯
2. 区市町村民税非課税世帯
3. 区市町村民税課税世帯で所得割額の合計額が28万円未満の方
※世帯とは保護者が属する世帯です。

生活保護への移行予防措置に関する認定

生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)を申請します。
※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

申請書提出者	※申請者(保護者)以外の方が提出する場合のみ記入してください。		
フリガナ		申請に係る 障害児との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

事務処理欄 (この欄は記入する必要はありません)

受付印	保 護 者	均等割額	所得割額	年少扶養 控除等	住宅借入 金等特別 税額控除	寄付金 税額控除	生・低 一般1・2 一定以上	確認
	世 帯 員			有・無	有・無	有・無		

担当 _____