

東松山市移動支援事業支給申請書兼利用者負担額減額申請書

東松山市長 あて

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	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名	個人番号：							
	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			
障害福祉サービスの利用状況	障害支援区分の認定	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							
移動支援希望時間数	時間								

負担上限月額に関する認定	<p>下記の区分の適用を申請します。</p> <p>（あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。）</p> <p>1. 生活保護受給世帯</p> <p>2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの</p> <p>3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの</p>
	<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. 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。</p>
世帯範囲の特例	

※ 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。ただし障害福祉サービスにおいて負担上限月額が認定されている場合には、書類の添付を省略できる。

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

市県民税課税台帳の内容確認同意書

私は、東松山市移動支援事業及び日中一時支援事業の支給申請に係わる市県民税課税台帳（者…本人及び配偶者のもの、児童…世帯全員のもの）の内容確認を東松山市障害者福祉課長が行うことに、同意いたします。

令和 年 月 日

東松山市障害者福祉課長 宛

住所

氏名

印