様式第34号(第53条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 東松山市訪問入浴サービス事業利用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　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者 | フリガナ | | |  | | | | 生年月日 | 明治　大正  昭和　平成 | | | 年　　月　　日 |  |
| 氏名 | | |  | | | |
| 居住地 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | | | | | | |
| 障害福祉サービスの利用状況 | | | | 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 | | | | | | | | |
| 負担上限月額に関する認定 | 下記の区分の適用を申請します。  　　　(あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。)  　　　1　生活保護受給世帯  　　　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  　　　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  　　　4　市町村民税課税世帯(障害者：所得割額16万円未満、障害児：28万円未満)に属する者 | | | | | | | | | | | |
| ※　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 | | | □申請者本人　　□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 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

同　意　書

　訪問入浴サービスの支給決定にあたり必要があるときは、私（配偶者がいる場合は、配偶者を含む）の市町村民税の課税状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

　また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私が同意している旨を伝えて構いません。

　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者本人の自筆による署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代筆の場合は代筆者の氏名を下記の欄に記入）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との関係：　　　　　）

東　松　山　市　長　あて