

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	年 月 日
	氏名			昭和 平成	
	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	<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				

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