

該当する欄に☑をつけてください。

申請する減免等の種類	所得区分認定	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定（下記2の在宅サービス等軽減措置適用前） 下記の区分の適用を申請します。（いずれにも当てはまらない場合は、空欄としてください。） <input type="checkbox"/> ① 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯 <input type="checkbox"/> ② 市町村民税非課税世帯に属する者
	在宅サービス等軽減	<input type="checkbox"/> 2 在宅サービス等軽減（注1）に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、在宅サービス等軽減を申請します。 ① 在宅において生活する者又は20歳未満の入所者 ② 市町村民税非課税世帯に属する者又は市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円（障がい児の場合は、28万円）未満のもの
	生活保護又は支援給付の受給世帯への移行予防措置	<input type="checkbox"/> 3 左の欄の移行予防措置（定率負担減免措置）に関する認定 左の欄の移行予防措置（定率負担減免措置）を申請します。

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。

備考 上表中「世帯」とは、申請者が障がい者の場合は本人と配偶者のみの世帯をいい、申請者が障がい児の保護者の場合は住民票に記載された世帯をいいます。

注1 次のサービスを受けている者については、在宅サービス等軽減の対象となりません。

施設入所支援（20歳以上の者に限る。）、グループホーム、宿泊型自立訓練又は精神障害者退院支援施設（入所者で20歳以上の者に限る。）

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入して下さい。）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		