

別記様式第1号（第7条関係、第12条関係）

新潟市障がい者地域生活支援事業（移動支援事業 日中一時支援事業）
利用申請書・利用者負担額減額、免除等申請書

（次）利用者の氏名、生年月日、個人番号、居住地、電話番号を記入してください。

申請年月日 令和〇〇年〇月〇〇日

申請者	フリガナ	ニイガタ ハナコ		生年月日	昭和〇〇年 〇月〇日	
	氏名	新潟 花子		個人番号	123××××××××	
	居住地	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602-1				
				電話番号	025-228-1000	
フリガナ				生年月日	年 月 日	
支給申請に係る障がい児氏名		〇〇 〇〇		続		
身体障がい者手帳番号		療育手帳番号				
サービスの利用状況	生活支援サービス	利用中のサービスの種類と内容等				
	障がい福祉関係サービス	障がい支援区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護	1
申請するサービスの種類等	支援の種類	☐ 移動支援事業		☐ 日中一時		
	申請に係る具体的内容					

利用者が18歳未満の場合はこちらにお名前等を記入してください。その場合、上記の「申請者」は保護者等となります。**18歳以上の場合はご本人が申請者となりますので、記入の必要はありません。**

利用中のサービス等に☑をつけてください。もしわからなければ、空欄でも結構です。

起案	年 月 日	課長	補佐	係長	担当	社地	所長	担当	市	食事提供	きょうだい
決裁	ここは記入しないでください。										無

申請する減免等の種類	所得区分認定	□ 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。（各区分に当てはまらない場合は、所定欄に記入してください。） □ ① 生活保護受給世帯 ①-1 生活保護受給世帯 ①-2 生活保護受給世帯に属する中国残留邦人等 ①-3 生活保護受給世帯に属する在留外国人等 ①-4 生活保護受給世帯に属するその他の外国人等 □ 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	□ 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 在宅において生活している者 ② 市町村民税非課税世帯の市町村民税非課税世帯に属する者 ③ 市町村民税非課税世帯に属する者 ④ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑤ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑥ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑦ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑧ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑨ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑩ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑪ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑫ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑬ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑭ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑮ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑯ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑰ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑱ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑲ 市町村民税非課税世帯に属する者 ⑳ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉑ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉒ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉓ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉔ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉕ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉖ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉗ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉘ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉙ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉚ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉛ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉜ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉝ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉞ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㉟ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊱ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊲ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊳ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊴ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊵ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊶ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊷ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊸ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊹ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊺ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊻ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊼ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊽ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊾ 市町村民税非課税世帯に属する者 ㊿ 市町村民税非課税世帯に属する者
	生活保護又は支援給付の受給世帯への移行予防措置	□ 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。

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。

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	☐ 申請者本人 ☒ 申請者本人以外（下の欄に記入して下さい。）		
氏 名	新潟 政男	申請者との関係	父
住 所	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602-1 電話番号 025-228-1000		