

別記様式第5号（第10条関係、第17条関係）

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

（宛先）新潟市長

次のとおり申請します。

利用者の氏名、生年月日、住所、  
 電話番号を記入してください。

申請年月日 **令和〇〇年〇〇月〇〇日**

申請者	フリガナ	<b>ニイガタ ハナコ</b>		生年月日	<b>昭和〇〇年〇〇月〇〇日</b>	
	氏名	<b>新潟 花子</b>		個人番号	<b>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇</b>	
	居住地	<b>〒951-〇〇〇〇 新潟市中央区学校町通1-〇〇〇-〇</b>		電話	<b>025-228-〇〇〇〇</b>	
	フリガナ	<b>ニイガタ イチロウ</b>		生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る障がい児氏名	<b>新潟 一郎</b>		個人番号とは、マイナンバーのことです。 ア 個人番号カード、イ 通知カード、ウ 住民票の写し（個人番号入り）等でご確認ください。		
身体障害者 手帳				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。 <b>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。</b>		
サービスの利用の状況	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
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請するサービスの種類等	支援の種類	・移動支援事業		・生活サポート事業		・日中一時支援等
	申請に係る具体的内容					

利用中のサービスに☑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	所在地	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。										

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 下記の区分の適用してください。 <input type="checkbox"/> ① 生活保護受給した中国残留 付受給世帯 <input type="checkbox"/> ② 市町村民税非課税世帯に属する者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請者の世帯において、 <b>市民税が非課税の場合は減免</b> になります。申請者の収入に応じて①、②のいずれかに☑をつけてください。
	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 ① 在宅において ② 市町村民税 ち世帯の市町 円）未満のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 2. ①及び②の要件を満たす場合は減免になります。対象者は、☑をつけてください。
	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。）

この申請書を提出される方についてご記入ください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入して下さい。）		
氏名	新潟 太郎	申請者との関係	父
住所	〒951-0000 新潟市中央区学校町通1-000-0		電話番号 025-228-0000