

## 移動支援事業・日中一時支援事業 利用・変更 申請書

久留米市福祉事務所長 様  
次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	個人番号					
	住所	〒 - (電話番号)			生活保護の 受給	有・無
利用児童	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	個人番号					
身体障害者手帳		療育手帳		精神保健福祉手帳		
第 号 の 級		第 号 A・A1・A2・A3・B・B1・B2		第 号 級		

サービス 利用 状況	障害福祉 サービス	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日
	利用中のサービスの種類と内容等					
介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
	利用中のサービスの種類と内容等					
申請する サービス等	サービスの種類	<input type="checkbox"/> 移動支援事業			<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	
	希望支給量等					

申請する 減免の 種別	<input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する認定 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当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					
	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。					

私は下記のことについて同意します。

- ①上記の利用者負担上限月額等の認定に当たり、私、配偶者及び同一世帯の者の市県民税課税状況、収入及び必要経費等について、関係当局に報告を求め、並びに久留米市が有する情報を利用すること  
※調査で得られた情報は、上記の利用者負担上限月額等の認定以外には使用しません。
- ②利用者証の写しを、計画相談支援事業所または障害児相談支援事業所に送付すること

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)		久留米市受付印
フリガナ			
氏名		申請者との 関係	
住所	〒 - (電話番号)		