

第1号様式（第5条関係）

障害福祉サービス等利用者負担金減免申請書

年 月 日

久留米市長 あて

住 所

申 請 者



電話番号

障害福祉サービス等の利用者負担金の減免を申請します。

なお、当該減免に係る審査のため、必要な個人の情報及び世帯の情報について、久留米市が調査することに同意します。

対象者	フリガナ 氏 名		サービスの種類	
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所			
生計維持者	フリガナ 氏 名		対象者との続柄	
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所			
減免申請理由	<p>※該当する番号を○で囲み、□にレを入れてください。</p> <p>令和2年7月豪雨により</p> <p>1 障害者及び障害児の保護者又は生計維持者の住宅が、著しい損害を受けた。 <input type="checkbox"/>全壊 <input type="checkbox"/>大規模半壊 <input type="checkbox"/>半壊 <input type="checkbox"/>準半壊 <input type="checkbox"/>床上浸水</p> <p>2 生計維持者が死亡又は重大な心身障害又は長期間入院した。 <input type="checkbox"/>死亡 <input type="checkbox"/>重大な心身障害 <input type="checkbox"/>長期間入院</p> <p>3 生計維持者の業務の休廃止又は失業等により収入が著しく減少した。 <input type="checkbox"/>廃止 <input type="checkbox"/>休止 <input type="checkbox"/>失業</p>			

※減免申請理由が分かる書類を添付してください。