

様式第1号

盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業
支給（変更）申込書 兼 月額上限負担額減額申込書

盛岡市長 様 平成 年 月 日
重度障害者等入院時コミュニケーション支援給付費の支給を受けたいので、次のとおり申し込みます。

ついては、当該サービスの利用に応じて私に支給されるべき当該重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業給付費について、私に代わって当該サービス提供事業者が請求及び受領することに同意します。

申 込 者 (十八歳未満の児童 の場合は保護者)	フリガナ				生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成	
	氏 名	㊞			性 別	男 ・ 女	
	居 住 地	〒 電話番号 - -					
フリガナ					生年月日	昭和 平成 年 月 日	
申 込 に 係 る 児 童 氏 名					続 柄		
身体・知的・精神 障害手帳		第 号		交付年月日 昭和・平成 年 月 日			
障 害 名					障害等級		
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	市町村民税の状況 課税・非課税の別		押印欄
		本人			☐ 課税	☐ 非課税	
					☐ 課税	☐ 非課税	㊞
					☐ 課税	☐ 非課税	㊞
					☐ 課税	☐ 非課税	㊞
重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業給付費に係る月額負担上限額算定のため、必要に応じて課税台帳及び障害福祉サービス費に係る「世帯状況・収入・資産等申告書」の閲覧を行うことに同意します。							
サービス利用の現状		現在利用中の障害福祉サービスの種類と内容 (障害支援区分 1・2・3・4・5・6)					
生 活 状 況		在宅 ・ 入院中() ・ 施設入所中()					
入 院 情 報	医 療 機 関	(医療機関名及び診療科名)					
		(住 所)		(電話番号)			
	入 院 日	平成 年 月 日		退 院 予 定 日	☐ 平成 年 月 日 予定 ☐ 未 定		
希 望 す る 業 者	業 者 名			申 込 理 由			
	住 所						

備考 月額負担上限額の認定、生活保護への移行予防措置を希望する場合は、裏面に記入すること。

＜月額負担上限額の認定＞

☐ 重度障害者等入院時コミュニケーション支援給付費に係る月額負担上限額について、次のとおり適用を申し込みます。
(あてはまるものに○)

条 件
1 わたしは生活保護受給世帯に属している。
2 わたしは市町村民税非課税世帯に属している。
3 わたしは市町村民税課税世帯に属しており、 【障がい者の場合】 障がい者世帯の所得割の合計 16万円未満である。 【障がい児の場合】 障がい児世帯の所得割の合計 28万円未満である。 *18歳以上(入所施設利用の場合は、20歳以上)の障がい者の「世帯」の範囲は「障がいのある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
4 わたしは市町村民税課税世帯に属していて、「3」に該当しない。

＜生活保護への移行予防措置に関する認定＞

☐ 月額負担上限額を引き下げることにより、生活保護の適用対象でなくなりますので、月額負担上限額の引き下げの適用を申し込みます。
備考 事実関係を確認できる書類を添えて申し込むこと。

申請書提出者	☐ 申請者本人(下記には記入不要) ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名	⑩	申 請 者 との関係	
住 所	〒 電話番号 — —		