

(別記第 1 号様式)

移動支援給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

目黒区長 あて

次のとおり申請します。なお利用者負担額の算定に必要な場合は、公簿により申請者の属する世帯の確認並びに申請者及び申請者と同一世帯に属する者の課税状況等の調査・確認を受けることに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る障害児氏名	個人番号：	続 柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番 号		精神障害者保健福祉手帳番号

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1 2 3 4 5 6	有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等						
	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 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等						

	☐ 1 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの (3)市町村民税非課税世帯に属する者であって、(2)以外のもの (4)市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者
	☐ 2 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。

(注) いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号		