

第1号様式(第3条、第6条関係)

介護給付費
 訓練等給付費
 特定障害者特別給付費
 地域相談支援給付費
 障害者地域生活支援事業

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

(宛先)上越市長

次のとおり申請します。

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更
申請者	フリガナ			
	氏名	個人番号:	生年月日	年 月 日
	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		
変更理由(変更申請の場合に記載)				
(申請するサービス)				
(申請する減免の種類) <input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> 医療型個別減免に関する認定 <input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定 <input type="checkbox"/> 生活保護又は被支援給付への移行予防措置に関する認定 (<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置、 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)				
主治医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		
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)		
フリガナ			申請者との関係	
氏名				
住所	〒 電話番号			

サービスの利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を上越市から相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名

裏面あり

所得額等調査承諾書及び個人番号告知

介護給付費等支給に係る世帯の所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

（対象者が18歳以上の場合は本人と配偶者のみ記載して下さい。）

年 月 日

住所 上越市

氏名 _____ (印)

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

(宛先) 上越市長

※記載された個人情報は、介護給付費等支給に関する業務以外には使用しません。

※市記入欄

障害種別		特 記 事 項	
ケース会議			
申請区分	新規・新規追加・変更・更新		

収入等申告書

年中の収入等について、次のとおり申告します。

住所 _____

申請者氏名 _____

1 申請者の合計所得金額

合計所得金額	円
--------	---

2 申請者の収入等の状況

〔 年1月1日から 年12月31日までの収入を記入〕

	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等 （特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
そ の 他 収 入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

3 申請者の必要経費

〔 年1月1日から 年12月31日までの支出を記入〕

種 類	内 容	金 額
租 税		円
社会保険料		円

（記入上の注意）

- （1）上記「収入等申告書」については、本人及び配偶者が非課税（18歳未満の場合は非課税世帯）の場合に記載してください。
- （2）収入・経費の証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- （3）不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。