

## 地域活動支援センター 登録票

市町名		受付年月日H	年 月 日
-----	--	--------	-------

登録者名	性別
------	----

	住所
	電話

	生年月日H	年	月	日	年齢
--	-------	---	---	---	----

保護者名	性別
------	----

	住所
	電話
	本人との関係
	連絡先

地域活動支援センター あらいぶ に  
登録いたします。

平成 年 月 日

利用者 住所  
氏名

印

後見人 住所  
親権者 氏名

印

## 地域生活支援事業 利用申請書 兼 負担上限額減額・免除等申請書

平成 年 月 日

宝達志水町長 様

次のとおり申請します。

## ①申請者欄（障害者本人（児童の場合の申請は当該申請に係る児童の保護者））

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名	印		昭和 平成	
	居住地	〒 石川県羽咋郡宝達志水町		電話番号 ( ) -	
利用申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
			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	
障害基礎年金の受給の有無				有 ( ) 級 ・ 無	

## ②他のサービス利用の状況

障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	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												

## ③申請するサービスの種類（希望するサービスの番号に○をつけてください。）

申請するサービス	サービスの種類	申請に係る具体的内容
		1. コミュニケーション支援
2. 日常生活用具給付		
3. 移動支援		
4. 地域活動支援センター		
5. 福祉ホーム		
6. 訪問入浴サービス		
7. 更生訓練費給付		
8. 生活支援		
9. 日中一時支援		
10. 生活サポート		
11. 自動車運転免許取得		
12. 自動車改造助成		

(裏面に続く。)

④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。 (あてはまる番号に○をつけてください。)

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

⑤世帯範囲の特例

下記のいずれにも該当するため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。

1. 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていないため。
2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。

(健康保険証の写しを添付)

- (1) 本申請に係る決定に当たり、宝達志水町が私の住民情報を住民票等公簿により調査すること。
- (2) 本申請に係る決定に当たり、宝達志水町が私の課税状況を税務資料等公簿により調査すること。
- (3) 本申請に係る決定に当たり、宝達志水町が私の特別障害者手当等の給付状況を公簿により調査すること。
- (4) 本申請に係る決定に当たり、私が申告した収入等に誤りがある場合、遡って再認定を受けること。

以上について同意します。

本人(申請者)同意欄(署名(不可能な場合は捺印))

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)	
氏名		申請者との関係
住所	〒	
	電話番号( ) -	

様式第 21 号 (別記 7 の 3 関係)

羽咋市地域活動支援センター事業利用申請書

年 月 日

羽咋市福祉事務所長 様

次のとおり地域活動支援センターを利用したいので、羽咋市地域生活支援事業実施要綱 (別記 7 の 3) の規定により申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	(印)		
	居住地	電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続 柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神保健 福祉手帳番号

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度 区 分	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		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				
申請する支援の種類・内容	種 別	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型				
	内 容					

様式第 32 号 (別記 9 の 4 関係)

志賀町日中一時支援事業利用申請書

平成 年 月 日

志賀町長様

次のとおり日中一時支援事業を利用したいので、志賀町地域生活支援事業実施要綱(別記9の4)の規定により申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
	氏名	㊟		昭和			
	居住地	電話番号					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
			続柄				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号			

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	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				
申請する支援の種類・内容	介護保険	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				
申請する支援の種類・内容	事業所	住所名称				
	内容					