

(介護給付費 訓練等給付費 特定障がい者特別給付費 療養介護医療費 地域生活支援事業 地域相談支援給付費)  
**世帯状況・収入等申告書 兼 利用者負担額減額・免除等申請(変更申請)書**

倉敷市長あて

	申告(申請)年月日	令和	年	月	日
申請者	氏名				
	住所				

次のとおり申告(申請)します。  
 なお、この申請にあたり必要な、私及び私の世帯員に関する  
 税務情報・年金受給状況等の調査について同意します。

**1. 世帯の状況等について**

	氏名	生年月日	対象者との続柄	個人番号
申請者			本人	
配偶者 <small>※注</small>				

※注…「配偶者」欄は、申請者と住民票が同一の場合のみご記入ください。

**2. 障がい者本人の収入状況について**

(※市民税非課税世帯で、特定障がい者特別給付費を申請する場合のみご記入ください。)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況 ※全て「年額」でご記入ください。

収入(A)

区分	収入の種類	金額
稼 得 等 収 入	障がい年金等 〔障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、特別障がい給付金、 障がい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 〔特別障がい者手当、障がい児福祉手当、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
の そ 収 の 入 他	仕送り収入	円
	その他の収入( )	円

必要経費(B)

種類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

**3. 利用者負担月額の認定について**

下記の区分の適用を申請します(当てはまるものに○をすること。不明の場合は空欄可。)

1	生活保護世帯
2	市町村民税非課税世帯
3	市町村民税課税世帯

← 減免の申請は裏面へ

\*\*\*\*\* 減免の申請をしない場合は記入不要です \*\*\*\*\*

4. 特定障がい者特別給付費(補足給付)の認定について

□下記のいずれにも当てはまるため、特定障がい者特別給付費を申請します。

- 1 20歳以上の施設※入所者である
- 2 生活保護世帯または市町村民税非課税世帯に属する
- 3 単身世帯に属する

※「施設」とは、介護給付費の対象となる入所施設をいいます（障がい者支援施設、特定旧法指定施設）。

5. 生活保護への移行予防措置の認定について

□生活保護への移行予防措置を申請します。

※添付書類…福祉事務所の発行する「境界層対象者証明書」

【 記入上の注意 】

- 1. 収入・必要経費のうち証明書等があるものは、必ずこの申請書に添付してください。
- 2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- 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。

支給申請書と同時に提出する場合は記入不要です ↓

<b>申請書提出者</b>	<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	
	氏名	申請者との関係
	居住地	〒      — 電話（      ）      —

