

(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

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
税務情報の調査について同意します。

申告(申請)年月日		令和	年	月	日
申請者	氏名				
	住所				
	電話番号	()	-		

1. 世帯・収入状況の申告

	氏名	生年月日	対象者との続柄	個人番号
申請者				
配偶者				
	申請者と住所が異なる場合→	市区町村		

2. 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 |

3. 特定障がい者特別給付費(補足給付)の認定について

□生活保護世帯または市町村民税非課税世帯に属するため、特定障がい者特別給付費を申請します。

グループホーム・ケアホームに係る家賃の状況

月額	円
----	---

※添付書類(新規申請及び家賃の額に変更が生じた場合のみ添付)
…グループホーム・ケアホームに係る家賃の額が分かるもの
(契約書、事業者の証明書等)

4. 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」

支給申請書と同時に提出する場合は記入不要です ↓

申請書提出者	□申請者本人 □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	
	居住地	〒 - 電話 () -

