

移動支援支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

（あて先）港区長

次のとおり申請します。

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											続柄				
	支給申請に係る児童氏名											生年月日	年	月	日	
	個人番号															
身体障害者手帳番号						愛の手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号						
サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等														
	施設サービス	利用中の施設名等														
	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														
申請する移動支援の種類・内容																
内容																
申請する減免の種類	☐ I 月額負担上限額に関する認定 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. 区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. 区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. 区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）で資産要件を満たすもの ※ 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は「障害者及び同一の世帯に属する配偶者」です。															
	☐ IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）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 ☐ 特例補足給付）を申請します。															
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）														
フリガナ												申請者との関係				
氏名																
住所		〒										電話番号				
以下に該当する個人情報を、関係する職員が所管課から情報の提供を受け、利用することについて （1. または、2. に○印をつけてください） ☐ サービスの利用に必要となる世帯の課税情報の照会																
1. 同意します 2. 同意しません																

区役所 利用欄	申請者の本人確認	一点	個 免 バ 在 他 ()
		二点	保 社 学 カド 他 ()
	申請者の個人番号確認		個 通 住 台 他 ()