

(宛先) 鎌倉市長

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					
	居住地				電話番号	
フリガナ					生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名						
					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		疾病名
申請する内容の種類	移動支援事業		支給の内容 (時間/月)			
	日中一時支援事業		支給の内容 (日/月)			

利用者負担上限額の認定

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。いずれにもあ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.市町村民税非課税世帯に属するも者
- 3.市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：28万円未満)に属する者

私は、地域生活支援サービス費支給に係る利用者負担にかかる市町村民税課税状況等の確認について市職員が調査することに同意します。

また、計画相談支援事業所及び地域生活支援サービス事業者に受給内容を開示することに同意します。

申請者氏名