

地域生活支援事業利用(変更)申請書
(兼利用者負担額減額・免除申請書)

(宛先) 奈良市長

次のとおり、申請（変更申請）します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和	
	氏名			年	月 日
	居住地	〒 電話番号			
フリガナ			生年月日	昭和・平成・令和	
支給申請に係る児童氏名			続柄	年 月 日	
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	

※申請者について、対象者が児童（18歳未満）の場合は保護者の情報を記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	居宅	利用中のサービスの種類と内容等				
		施設	利用中の施設名等				
	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					

申請（変更申請）する支援の種類・内容等	種類	☐ 移動支援事業	☐ 日常生活用具給付事業
		☐ 訪問入浴サービス事業	☐ 地域活動支援センター事業
		☐ 日中一時支援事業	☐ 重度障害者等就労支援特別事業
	内容		
		*受給者番号	
備考	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		

申請 (変更申請) する 減免の 種類	負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請（変更申請）します。 (当てはまるものに○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 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援給付を受けている世帯に属する者 2 市町村民税非課税世帯に属する者 ※ 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
---------------------------------	--

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)		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号		

※申請者本人が提出する場合は、記入不要。