

記入見本

利用者が18歳以上の場合は本人名、
18歳未満の場合は保護者名
をご記入ください。

(様式)

豊中市障害者等地域生活支援事業利用申込書

豊中市長様へ

次のとおり申し込みます。

申込年月日 R7 年 6月 23日

利用者が
18歳未
満の場合
はご記入
ください。

個人番号（マイナンバー）を
ご記入ください。

個人番号（マイナンバー）を
ご記入ください。

同意する
場合は
「はい」
を○で囲
んでくだ

はい・いいえ

はい・いいえ

希望す
るもの
に☑を
し、希
望支給
量をご
記入く

あてはまるものに☑をしてください。
あてはまらない場合は、空欄にしてください。

フリガナ	トヨナカ ハナコ	生年月日	S58年 1 月 1 日
氏名	豊中 花子	個人番号	000000000000
居住地	〒561-8501 豊中市中桜塚3-1- 電話番号 090-0000-0000（平日、日中の連絡先をお願いします）		
フリガナ	トヨナカ タロウ	生年月日	H30年 1 月 1 日
利用申込に係る 児童氏名 *利用者が18歳未満 の場合、記入	豊中 太郎	個人番号	000000000000
【同意欄】 以下の内容を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください			
この事業の受託事業者又は指定事業者に対し、私に関する情報をサービス提供に必要な範囲で提供すること、また、利用料決定のため、豊中市長が、私及び私生活支援給付の受給状況を閲覧・照会することに同意します。			
（はい）・（いいえ）			
【通学支援ご利用の方】 担当小学校区の豊中市障害者相談支援センター及び通学中の学校に、私に関する情報支援に必要な範囲で提供することに同意します。			
（はい）・（いいえ）			
利用を希望するサービス *希望するサービスに☑を入れてください。			1ヶ月当たりの 希望支給量
☒ 移動支援事業	☒ 移動支援 ☒ 通学支援		32時間 23時間
☒ 日中一時支援事業			5日
☐ 訪問入浴介護サービス事業			回
負担上限月額に関する認定について、次の区分の適用を申請します。 *あてはまるものに☑を入れてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄にしてください。 【世帯範囲】障害者（18歳以上）…本人と配偶者 障害児…保護者の属する世帯全員（18歳以上）			
☐ 生活保護受給世帯の方			
☐ 市町村民税非課税世帯に属する方			
☒ 市町村民税課税世帯に属する方であって、障害者で市町村民税所得割額16万円未満 もしくは、障害児で市町村民税所得割額28万円未満の世帯の方			
提出者	☒ 申込者本人 ☐ 申込者本人以外（下の欄に記入）		
	申込者との関係（ ）		