

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)

(あて先) 奈良市長

次のとおり、申請（変更申請）します。

年 月 日

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	個人番号： 〒	電話番号			
支給申請に係る児童の扶養義務者氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和	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				

サービスの利用状況	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	

申請（変更申請）する支援の種類・内容等	種類	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業 <input type="checkbox"/> 自動車改造助成事業	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活用具給付事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業
	内容	申請用具名称	
		希望する業者	
備考			

※対象者は現在、在宅で生活されていますか … はい ・ いいえ

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。

申請する （変更申請） 減免の 種類	<p style="text-align: center;">月額負担上限額に関する認定</p> <p>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。）</p> <p>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</p> <p>2 市町村民税非課税世帯に属する者</p> <p>※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。</p>
-----------------------------	---

※申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 TEL		

※申請者本人が提出する場合は、記入不要

申請された 補装具・日常生活用具 について、奈良市が見積書を依頼するために、希望された業者へ対象者の氏名・住所及び電話番号を提供することに同意しますか。

→同意する 奈良市が希望された業者へ見積書を依頼します。
見積書が業者より到着し、奈良市で給付決定が下りましたらその旨を業者へ通知し、業者から対象者へご連絡いただきます。

→同意しない 希望された業者より見積書を取得していただき、申請書類とあわせてご提出ください。給付決定が下りたらその旨を業者へ通知し、業者から対象者へご連絡いただきます。

※備考

※なお、記載がない場合は同意したものと見なしますのでご了承ください。