

地域生活支援事業 支給量等変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

西東京市長 殿

次のとおり変更の申請をします。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居 住 地	〒 電話番号 緊急連絡先		
フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日
サービスを利用する 児童氏名		個人番号：		続 柄
所持する手帳の種類		身体障害者手帳 ・ 愛の手帳（療育手帳） ・ 精神障害者保健福祉手帳		

変更申請するサービスについて

サービスの種類		現在利用している時間（支給量）	希望する時間（支給量）
移動支援		時間/月	時間/月
地域活動支援センター	基本事業 （機能訓練・創作活動）	日/月	日/月
	入浴サービス	回/月	回/月
変更する理由等			

利用者負担の減免について

（ ☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ） の場合、利用者負担の減免制度があります。

※サービス利用者が18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の場合、「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。（生活保護受給世帯は、除く）

< 承 諾 書 >

この申請に伴い決定を行う場合、申請者及び申請者の属する世帯の構成員の収入又は課税状況等につき、障害福祉課において公簿により調査を行うことを承諾します。

※利用者ご本人が18歳以上の方はご本人名、18歳未満の方はその保護者名をご記入ください。

氏 名 _____