**地 域 生 活 支 援 事 業 利 用 [変 更] 申 請 書**

（宛先）松阪市福祉事務所長

次のとおり申請します。　　　　　　　　　申請年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  |
| 個人番号： |
| 居住地 | 〒 |
| 電話番号： |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　　　　 年　　　月　　　日 |
| ※利用者が児童の場合記入 | 氏　　名 |  | 生 年月 日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 障害の状況 | 手帳の有無 | 有　　・　　無 |
| 障害名 |  |
| その他 |  |
| 利 用 希 望 | 〔目的〕　　　　　　　　　　　　　　　　※変更の場合はその理由を明記する〔利用回数、時間等〕□ 移動支援　　　　　　　　＿＿＿＿時間／月（最大：３０時間／月）□ 日中一時支援　　　　　　＿＿＿＿日／月（最大：１０日／月） |
| 届 出 者 | 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |

【添付資料】本人又は扶養義務者の前年の住民税所得割額を証明する書類　※以下の内容に同意いただく場合は不要です。

収入等の調査に関する同意

当該申請に係る利用者負担額の認定等に必要があるときは、私及び世帯員の収入、住民税の課税及び　生活保護の受給状況等に関する調査を松阪市が行うこと。

|  |
| --- |
| 上記に同意のうえ、申請します。　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |