

# 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〕 <input type="checkbox"/> 移動支援 _____時間/月 (最大：30時間/月) <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_