様式第13号（第19条関係）

(地域生活支援事業)費用負担額減免申請書

年　　　　月　　　　日

土佐清水市福祉事務所長　様

申請者　　住所

氏名

対象者との続柄 　　　(　　　　　　)

電話番号

土佐清水市地域生活支援事業実施規則第１９条の規定により，利用料の減額等について下記の通り申請します。

また，申請にあたり，土佐清水市福祉事務所長が当該事由の証明のため，私(世帯)の住民登録資料，税務資料その他について，各関係機関に調査，照会，閲覧することを承諾します。

(１)減額等を希望する事業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在利用中の事業 | 選択欄 | 事業名 | 決定内容等 |
| 支給量 | 負担上限額 | 備考 |
|  | 日常生活用具給付事業 |  |  |  |
|  | 移動支援事業(個別支援型) |  |  |
|  | 地域活動支援センター事業 |  |  |
|  | 日中一時支援事業 |  |  |
|  | 生活サポート事業 |  |  |
| ※　現在利用中の事業に○印をつけ，決定を受けている内容(支給量等)を記載して下さい。 |

(２)減額等を申請する理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減額申請理由 | 選択欄 | 理由 |
|  | (1)　震災，風水害，落雷，火災等により半壊，半焼以上の被害を受けた |
|  | (2)　盗難等により生活に困窮する程度の多額の被害を受けた |
|  | (3)　病気又は負傷したことにより多額の療養費が必要となった |
|  | (4)　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 【 添付書類 】(1)を理由とする場合① 罹災証明書② 源泉徴収票，年金証書(支払通知等)等の収入を証明する書類(2)を理由とする場合① 警察署の被害を証明する書類② 被害額を証明する書類③ 源泉徴収票，年金証書(支払通知等)等の収入を証明する書類(3)を理由とする場合① 医療費領収書② 源泉徴収票，年金証書(支払通知等)等の収入を証明する書類③ 診断書等※　その他，福祉事務所長が必要と認める書類 |