（第１号様式）

京都市障害者等緊急時介護人派遣事業支給申請書

（申請者は太枠内を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| （　あ　て　先　）　京　都　市　長 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者の住所  京都市　　　　区 | 申請者 |

　次のとおり，京都市障害者等緊急時介護人派遣事業を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の状況 | 氏　　　　　名 | | | □　申請者と同じ | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | |
| 障害者手帳番号  （複数ある場合は主なもの） | | | 京都市第  　　　　　　　号 | | | | 受給者証番号  （ない場合は記入不要） | | |  | 障害支援区分  （ない場合は記入不要） |  |
| 利用場所 | | | □　自宅　　□　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | |  | | | | | | | | | |
| 次のとおり，世帯員の状況を申告するとともに，調査が行われることに同意します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員氏名 | | | 続柄 | | 調査同意欄 | | 状況 | | | | | | |
| 利　用　者 | | | 本人 | | □ | | □　障害基礎年金　□　特別障害者手当　□　生活保護 | | | | | | |
| （備考） | | | | | | |
|  | | |  | | □ | | □　障害基礎年金　□　特別障害者手当　□　生活保護 | | | | | | |
| □　疾病　□　障害　□　事故　□　他の世帯員への介護　□　その他（　　　） | | | | | | |
|  | | |  | | □ | | □　障害基礎年金　□　特別障害者手当　□　生活保護 | | | | | | |
| □　疾病　□　障害　□　事故　□　他の世帯員への介護　□　その他（　　　） | | | | | | |
|  | | |  | | □ | | □　障害基礎年金　□　特別障害者手当　□　生活保護 | | | | | | |
| □　疾病　□　障害　□　事故　□　他の世帯員への介護　□　その他（　　　） | | | | | | |
|  | | |  | | □ | | □　障害基礎年金　□　特別障害者手当　□　生活保護 | | | | | | |
| □　疾病　□　障害　□　事故　□　他の世帯員への介護　□　その他（　　　） | | | | | | |
| 申請者の合計所得金額 | | | | | | | 円 | | | 京都市において確認してください。 | | | |
| 次のことに同意します。  ○　サービス利用に当たり，利用者の心身の状況に関する資料がサービス提供事業所又に提供されること  ○　サービス提供者が複数の場合に，利用者負担上限額管理者を中心に上限額管理事務が行われること | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 同意欄 | | □ | その他備考 | | | | |

区役所・支所使用欄（申請者は以下の欄に記入する必要はありません。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付の「京都市障害者等緊急時介護人派遣事業支給決定・利用者負担額決定等通知書」（案）のとおり支給の可否等を決定する。 | | | | |
| 課長 | 係長 | 係員 | 起案日 | 決定日 |
|  |  |  | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |