（第１号様式）

京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る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、京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る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） |  |
| 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「京都市一人暮らし体験等事業の利用に係る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 |