様式第4号(第7関係)

年　　月　　日

　金ケ崎町長　殿

申請者　居住地

氏名　　　　　　　　　　印

代行者又は代理人　居住地

氏名　　　　　　　　　　印

(申請者との関係　　　　　)

障害者地域活動支援センター事業利用に係る補助対象確認申請書

　金ケ崎町障害者地域活動支援センター事業費補助金交付要綱に規定するセンター事業の利用に当り、補助対象障害者の確認を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | 療育手帳番号 |  | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | |  | |
| 世帯の状況 | 続柄 | | 氏名 | | | | | 生年月日 | | 市町村民税の課税・非課税の別 | | | 生活保護の有無 | | | |
| 本人 | |  | | | | |  | | 課税・非課税 | | | 有・無 | | | |
|  | |  | | | | |  | | 課税・非課税 | | | 有・無 | | | |
|  | |  | | | | |  | | 課税・非課税 | | | 有・無 | | | |
|  | |  | | | | |  | | 課税・非課税 | | | 有・無 | | | |
|  | |  | | | | |  | | 課税・非課税 | | | 有・無 | | | |
| 本人の状況 | | | 次の項目について、当てはまる支援の区分に○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 項目 | | | 支援 | | | | | | | 説明 | |  |
| 食事 | | | 全介助 | | 一部介助 | | | 介助無し | |  | |
| 排せつ | | | 全介助 | | 一部介助 | | | 介助無し | |  | |
| 入浴 | | | 全介助 | | 一部介助 | | | 介助無し | |  | |
| 移動 | | | 全介助 | | 一部介助 | | | 介助無し | |  | |
| 行動障害  (知的・精神障害者のみ) | | | 著しい行動障害を有する | | 行動障害を有する | | | 行動障害無し | |  | |
| その他、心身及び日常生活の状況 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況 | | | 有　(氏名　　関係　　)　・　無  心身及び就労状況等 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用目的 | | | 利用目的 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望日数 | | | 希望する月当りの利用日数　1月当り　　日  入浴介助を希望する日数　　1月当り　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用予定事業実施者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者福祉担当者等の意見  担当者  職名  氏名 | | | (この欄は記入しないでください。)  1　補助対象障害者等の確認結果及び理由  2　補助対象利用上限日数　1月当り　　日(入浴介助1月当り　　日)  3　障害程度区分  　(1)　身体障害者  　　区分1：食事、排せつ、入浴及び移動のうち3以上の日常生活動作について全介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度  　　区分2：食事、排せつ、入浴及び移動のうち3以上の日常生活動作について一部介助を必要とする程度又はこれに準ずる程度  　　区分3：区分1及び区分2に該当しない程度  　(2)　知的障害者・精神障害者  　　区分1：食事、排せつ、入浴及び移動のうち3以上の日常生活動作について全介助を必要とする程度若しくは著しい行動障害を有する程度又はこれらに準ずる程度  　　区分2：食事、排せつ、入浴及び移動のうち3以上の日常生活動作について一部介助を必要とする程度若しくは行動障害を有する程度又はこれに準ずる程度  　　区分3：区分1及び区分2に該当しない程度  4　世帯の市町村民税課税状況　　　課税・非課税 | | | | | | | | | | | | | |

備考　世帯全員の市町村民税課税証明書(利用申請する時点で交付が受けられる最新のもの。)を添付してください。