様式第１号（第４条関係）

障害福祉サービス等利用者負担上限月額特例申請書

年　　月　　日

雲南市福祉事務所長　様

申請者　住所

（保護者）　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり障害福祉サービス等の利用者負担上限月額の特例を申請します。

　なお、当該申請に係る審査のため、雲南市が私及び私の属する世帯の世帯員の罹災の状況について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障がい者（児童） | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 主たる生計維持者 | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| サービスの種類 | □障害福祉サービス　□障害児通所支援　□自立支援医療（更生医療・育成医療）　□補装具　□療養介護医療　□日常生活用具　□移動支援　□訪問入浴サービス　□日中一時支援 |
| 免除を申請する理由 | ※該当する番号を○で囲んでください。令和３年７月豪雨により１　居住していた住家が著しい被害を受けたため２　生計維持者が死亡したこと、又は心身に重大な障がいを受け、若しくは長期間入院することにより、世帯の収入が著しく減少したため３　生計維持者が行方不明となったことにより、世帯の収入が著しく減少したため４　生計維持者が事業又は業務を廃止又は休止したことにより、世帯の収入が著しく減少したため５　生計維持者が失職したことにより、世帯の収入が著しく減少したため |