

令和4年度 西原町障がい福祉サービス利用者負担上限月額

新型コロナウイルス感染拡大防止の為に、郵送による提出のご協力をお願い申し上げます。



西原町役場 福祉部 福祉課

障がい支援係 (☎098-945-4791)

① 対象

本通知は、障がい福祉サービス支給期間が1年超過の決定者に送付しています。

② 負担上限月額

所得区分	世帯の収入状況	負担上限月額
一般2	市町村民税課税世帯 (下記以外の世帯)	37,200円
一般1	市町村民税課税世帯(※) (グループホーム等利用者 20歳以上の施設入所者 は除きます)	9,300円
低所得2	市町村民税非課税世帯 (年間収入が80万円超えのもの)	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯 (年間収入が80万円以下のもの)	0円
生活保護	生活保護受給世帯	0円

【 18歳以上の障がい者(18歳・19歳の施設入所者を除く)の世帯の範囲 】

⇒ 当該障がい者及び配偶者(配偶者がいない場合は、当該障がい者のみです)。

※ 市町村民税所得割額が16万円未満(障がい児及び20歳未満の施設入所者は、28万円未満)のもの。

③ 必要書類

No	書類名	発行場所
1	印鑑（認印）	
2	マイナンバーカード又は個人番号が記載された住民票の写し	
3	福祉サービス受給者証（水色）	
4	障害者手帳の写し	
5	健康保険被保険者証及び健康保険限度額適用認定証の写し （ ※ 療養介護の利用者のみ ）	
6	支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書	同封用紙
7	世帯状況・収入・資産等申告書	同封用紙
8	同意書	同封用紙
9	委任状 （ ※ 申請者が来庁できない場合のみ ）	同封用紙
10	委任状を作成できない申立書 （ ※ 申請者が委任状を作成できない場合のみ ）	同封用紙
11	令和4年度所得課税証明書（世帯分） （ ※ 今年1月1日時点で町外に居住していた方のみ ）	1月1日に在住の市町村役場税務課
12	令和3年納付分の租税額及び社会保険料額が確認できるもの	納付先
13	令和3年受給分の年金額及び手当額が確認できるもの	年金事務所
14	令和3年収入分の工賃及び就労収入等の源泉徴収票 （ ※ 工賃及び就労収入がある方のみ ）	就労先
15	グループホームの家賃証明書 （ ※ グループホームの利用者のみ ）	グループホーム
16	被保護証明書 （ ※ 生活保護の受給者のみ ）	福祉事務所

※ 申請者本人以外の方が発行場所で必要書類を受け取る場合は、委任状等が必要になることがありますので、事前に確認してください。

※ 書類に不備がある場合は、受付ができません。

※ 来庁で提出する場合は、No. 6～No. 8の書類は、あらかじめご記入をお願いします。

※ 来庁で提出する場合は、No. 9とNo. 10は、どちらか1通の提出となります。

※ 郵送で提出する場合は、No. 9の代理人欄は「郵送」と記入して同封してください。

※ No. 11の内容は、令和2年分の収入状況等です。

※ No. 12は領収証書、No. 13は通帳等で対応可能です。

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

記入例

(宛先) 沖縄県中頭郡西原町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 4 年 6 月 10 日

申請者	ふりがな	にしはら いちろう		生年月日	大正	54 年 4 月 1 日
	氏名	西原 一郎			昭和	
申請者	個人番号	123456789098		電話番号	000-000-0000	
	居住地	〒 903-0220 西原町字与那城140番地の1 (さわりんアパート 1階 6号室)				
支給申請に係る障害児氏名		ふりがな	生年月日	平成	年	月
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	令和	年	月
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び保険者番号(※)		疾病名		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る)		有・無				

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護又は肢体不自由児通所医療(医療型児童発達支援)を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	区分等	1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 6	有効期間	令和2年7月1日 ~令和5年6月31日
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()	要介護	1 2 3 4 5
関係サービス		利用中のサービスの種類と内容等 共同生活援助(グループホーム)・就労継続支援B型					
介護保険サービス		利用中のサービスの種類と内容等					

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容(※)	
		介護給付費	訓練等給付費		
申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★ ★★★★★★★★	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
		<input type="checkbox"/> 行動援護			
		<input type="checkbox"/> 同行援護			
		<input type="checkbox"/> 短期入所			
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援		
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)		
		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
	障害児通所	<input type="checkbox"/> 児童発達支援			
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援					
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス					
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援					
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援					
主治医※	主治医の氏名	西原 太郎		医療機関名	さわりん 病院
	所在地	〒 903-0117 西原町字与那城956番地		電話番号	098-945-8095

※ 「主治医」の欄は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む)に入院している者に限る)を申請する場合に記入すること。

申請 する 減免の 種類	<input checked="" type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに「○」をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること) 1 生活保護受給世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②の当てはまる方にも「○」をつける。 ①利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの <input checked="" type="checkbox"/> ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯(障害者:所得割額16万円未満、障害児:所得割額28万円未満)に属する者		
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。		
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年齢 歳)
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		
いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。			
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名	西原 花子		
住所	〒 903-0117 西原町字袴長956番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		
同意の欄	1. 本申請につき、利用者負担上限月額の決定及び利用者負担額減額・免除額の審査判定にあたり、貴職が私及び私の世帯員の住民税課税状況、並びに受給者の障害基礎年金均等公的年金の受給状況、特別障害者手当等(障害を支給事由とする手当)の受給状況及び資産の保有状況を確認するため、関係課及び関係機関へ照会すること。 2. サービス等利用計画・障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、涉外支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴収の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、西原町から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に掲示すること。 上記に掲げるすべての事項について同意します、 <div style="text-align: right;">申請者氏名 西原 一郎</div>		

世帯状況・収入等申告書

記入例

(宛先) 沖縄県中頭郡西原町長 様

申告年月日 令和 4 年 6 月 10 日

申告者(保護者) 住所 西原町字与那城140番地の1(さわりんアパート 1F 6号室)

(保護者) 氏名 西原 一郎

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申告者	西原 一郎	同上	本人	<input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税
世帯主	同上			<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

2 申告者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る)を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	24,000	円
--------	--------	---

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種類	金額
稼得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	0 円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)	0 円
	工賃等収入	860,000 円
	その他の収入()	0 円
その他収入	仕送り収入	0 円
	不動産等による家賃収入	0 円
	その他の収入()	0 円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料	国民健康保険料	5,000 円
		円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申告者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申告者本人以外(下の欄に記入)		
ふりがな	にしはら はなこ		
氏名	西原 花子	申告者との関係	妹
住所	〒 903-0117 西原町字与那城956番地		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

(記入上の注意)

- 1 収入のうちで、証明書等があるものは、この申告書に必ず添付してください。
- 2 書ききれない場合は、余白又は別紙に記入の上、添付してください。
- 3 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

同意書

記入例

西原町長 殿
次のおおりに提出します。

提出年月日

令和

4 年 6 月 10 日

申請者	フリガナ	ニシハラ イチロウ		大正 昭和 平成 令和	54 年 4 月 1 日
	氏名	西原 一郎 印			
	個人番号	123456789098			
居住地	〒 903-0220 西原町字与那城140番地の1 (さわりんアパート 1階 6号室)				
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					

下記の申請につき、申請者及び世帯員の住民税課税状況、並びに申請者の障害基礎年金等公的年金の受給状況、特別障害者手当等（障害を支給事由とする手当）の受給状況及び資産の保有状況を確認するため、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。
また、下記の申請について、マイナンバー（個人番号）が必要となる場合、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。

記

申請事項	<ul style="list-style-type: none"> 1 自立支援医療給付申請（育成医療・更生医療・精神通院）給付申請 2 重度心身障害者（児）医療費受給資格者認定申請 3 日常生活用具給付等申請 4 補装具交付（修理）申請 ⑤ 障害福祉サービス（介護給付、訓練等給付等）に関する申請 6 地域生活支援事業に関する申請 7 その他 ()
------	--

（申請者署名欄）

※ 申請者を含む世帯員全員の住所、氏名をご記入ください（医療保険の被保険者が別世帯にいる場合は、その方も含みます）。

住所	氏名
西原町字与那城140番地の1 (さわりんアパート 1階 6号室)	西原 一郎 印
	印
	印
	印
	印
	印

同意書 提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）				
	フリガナ	ニシハラ ハナコ		申請者 との関係	妹
	氏名	西原 花子 印			
住所	〒 903-0117 西原町字莪長956番地				
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					

委任状

記入例

西原町長 殿
次のとおり提出します。

提出年月日 令和 4 年 6 月 10 日

委任者 (依頼者)	フリガナ	ニシハラ イチロウ	生年月日	大正	54 年 4 月 1 日
	氏名	西原 一郎		昭和	
		個人番号 123456789098		平成	
	居住地	〒 903-0220 西原町字与那城140番地の1 (さわりんアパート 1階 6号室)			
		電話番号 098-945-5013			

下記の項目につき、代理人を定め、一切の権限を委任します。

記

委任事項	<ol style="list-style-type: none"> 1 自立支援医療給付申請 (育成医療・更生医療・精神通院) 給付申請 2 重度心身障害者 (児) 医療費受給資格者認定申請 3 日常生活用具給付等申請 4 補装具交付 (修理) 申請 <li style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5 障害福祉サービス (介護給付、訓練等給付等) に関する申請 6 地域生活支援事業に関する申請 7 その他 <p style="text-align: center;">()</p>
------	--

※ 委任事項は、番号に「○」をつけています。

代理人 (来庁者)	フリガナ	ニシハラ ハナコ	生年月日	大正	58 年 3 月 3 日
	氏名	西原 花子		昭和	
		住所	〒 903-0117 西原町字苅長956番地		
		電話番号 098-945-8095			

(代理人が来庁する際に必要な書類等)

- 1 委任者のマイナンバーカード又は個人番号が記載された住民票の写し
- 2 代理人の身分証明書 (運転免許証、官公署が発行した顔写真付き身分証明書等) と印鑑 (認印)

この委任状は、必ず「委任者」が全て記入してください。

委任状を作成できない申立書

記入例

西原町長 殿
次のとおり提出します。

提出年月日 令和 4 年 6 月 10 日

委任者 (依頼者)	フリガナ	ニシハラ イチロウ	生年月日	大正	54 年 4 月 1 日
	氏名	西原 一郎		昭和	
		個人番号	〒 903-0220		
	居住地	西原町字与那城140番地の1 (さわりんアパート 1階 6号室)			
		電話番号 098-945-5013			

以下の理由により、委任者が委任状を作成できませんが、下記の項目につき、代理人であることに相違ありません。

- 1 委任者の意思表示が困難
- 2 委任者の身体が不自由なため作成が困難
- 3 その他 ()

記

委任事項	<ol style="list-style-type: none"> 1 自立支援医療給付申請 (育成医療・更生医療・精神通院) 給付申請 2 重度心身障害者 (児) 医療費受給資格者認定申請 3 日常生活用具給付等申請 4 補装具交付 (修理) 申請 <input checked="" type="radio"/> 5 障害福祉サービス (介護給付、訓練等給付等) に関する申請 6 地域生活支援事業に関する申請 7 その他 <p style="text-align: center;">()</p>
------	--

※ 委任事項は、番号に「○」をつけています。

代理人 (来庁者)	フリガナ	ニシハラ ハナコ	生年月日	大正	58 年 3 月 3 日
	氏名	西原 花子		昭和	
	住所	〒 903-0117 西原町字苅長956番地			
		電話番号 098-945-8095			

(代理人が来庁する際に必要な書類等)

- 1 委任者のマイナンバーカード又は個人番号が記載された住民票の写し
- 2 代理人の身分証明書 (運転免許証、官公署が発行した顔写真付き身分証明書等) と印鑑 (認印)

この申立書は、必ず「代理人」が全て記入してください。

**(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**

西原町長 殿
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	氏名	個人番号				
	居住地	〒				電話番号
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	平成 令和	年 月 日	
	氏名	個人番号				続柄
	身体障害者手帳番号	疾病名				
療育手帳番号	被保険者証の記号及び番号(※)					
精神障害者保健福祉手帳番号	保険者名及び番号(※)					
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る)					有・無	

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入すること。

サービス 利用状況	障害福祉 関係 サービス	障害支援区分の認定	有・無	有効期間	
		区分等	非該当	1 2 3 4 5 6	
		利用中のサービスの種類と内容等			
サービス 利用状況	介護保険 サービス	要介護認定	有・無		
		要介護度	要支援()・要介護	1 2 3 4 5	
		利用中のサービスの種類と内容等			

申請する サービス	区分	サービスの種類		申請に係る 具体的内容(※)
		介護給付費	訓練等給付費	
申請する サービス	訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
	その他	<input type="checkbox"/> 同行援護		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
	日中 活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
			<input type="checkbox"/> 自立訓練(宿泊型)	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)		
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)		
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
地域相談 支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

※ 「申請に係る具体的内容」欄は、共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか、必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載すること。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、西原町から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

印

主治医 (※)	フリガナ		医療	
	氏名		機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

※ 「主治医」の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）に入院している者に限る）を申請する場合に記入すること。

申請 する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに「○」をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は「空欄」とすること）	
	1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、（1）又は（2）の当てはまる方にも「○」をつけてください。 （1）利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの （2）（1）以外のもの 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割額16万円未満、障害児：所得割額28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<u><20歳以上の方></u> 1 療養介護利用者であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	<u><20歳未満の方></u> 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（※）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 ※ 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）です。	
<u><20歳以上の方></u> 1 施設入所者であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<u><20歳未満の方></u> 1 施設入所者であること（年齢 歳）	
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（※）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		
1 自己負担減免措置 2 補足給付の特例措置		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書 提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
	フリガナ		申請者
	氏名		との関係
	住所	〒	
電話番号			

世帯状況・収入・資産等申告書

西原町長 殿

次のとおり申告します。

申告年月日

令和

年

月

日

申告者	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名						
	居住地	〒					
電話番号							

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申告者		同上	本人	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

2 申告者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る)を申請する場合のみ記入すること)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

(A) 収入(年収)

区分	種類	金額
稼得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過の福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

(B) 必要経費

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

(記入上の注意)

- 1 収入のうちで、証明書等があるものは、この申告書に必ず添付してください。
- 2 書ききれない場合は、余白又は別紙に記入の上、添付してください。
- 3 不実の申告は、関係法令により処罰される場合があります。

申告書 提出者	<input type="checkbox"/> 申告者本人 <input type="checkbox"/> 申告者本人以外(下の欄に記入)						
	フリガナ				申告者 との関係		
	氏名						
	住所	〒					
電話番号							

同意書

西原町長 殿
次のとおり提出します。

提出年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		印	生年月日	大正	年	月	日
	氏名			昭和	年	月	日	
	居住地	〒						

下記の申請につき、申請者及び世帯員の住民税課税状況、並びに申請者の障害基礎年金等公的年金の受給状況、特別障害者手当等（障害を支給事由とする手当）の受給状況及び資産の保有状況を確認するため、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。
また、下記の申請について、マイナンバー（個人番号）が必要となる場合、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。

記

申請事項	<ul style="list-style-type: none"> 1 自立支援医療給付申請（育成医療・更生医療・精神通院）給付申請 2 重度心身障害者（児）医療費受給資格者認定申請 3 日常生活用具給付等申請 4 補装具交付（修理）申請 5 障害福祉サービス（介護給付、訓練等給付等）に関する申請 6 地域生活支援事業に関する申請 7 その他 ()
------	--

（申請者署名欄）

※ 申請者を含む世帯員全員の住所、氏名をご記入ください（医療保険の被保険者が別世帯にいる場合は、その方も含みます）。

住 所	氏 名
	印
	印
	印
	印
	印
	印

同意書 提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）							
	フリガナ		印	申請者				
	氏名			との関係				
住所	〒							電話番号

委任状を作成できない申立書

西原町長 殿
次のとおり提出します。

提出年月日 令和 年 月 日

委任者 (依頼者)	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 電話番号			

以下の理由により、委任者が委任状を作成できませんが、下記の項目につき、代理人であることに相違ありません。

- 1 委任者の意思表示が困難
- 2 委任者の身体が不自由なため作成が困難
- 3 その他 ()

記

委任事項	<ol style="list-style-type: none"> 1 自立支援医療給付申請（育成医療・更生医療・精神通院）給付申請 2 重度心身障害者（児）医療費受給資格者認定申請 3 日常生活用具給付等申請 4 補装具交付（修理）申請 5 障害福祉サービス（介護給付、訓練等給付等）に関する申請 6 地域生活支援事業に関する申請 7 その他 ()
------	---

※ 委任事項は、番号に「○」をつけています。

代理人 (来庁者)	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 電話番号			

(代理人が来庁する際に必要な書類等)

- 1 委任者のマイナンバーカード又は個人番号が記載された住民票の写し
- 2 代理人の身分証明書（運転免許証、官公署が発行した顔写真付き身分証明書等）

この申立書は、必ず「代理人」が全て記入してください。