様式第１号（第４条関係）

羽咋市障害福祉サービス等利用者負担額災害等減免申請書

羽咋市長　様

申請年月日　　年　　月　　日

次のとおり関係書類を添えて利用者負担の減免の支給を申請します。

なお、当該減免に係る審査のため、必要がある場合には羽咋市長が申請者及び申請者の世帯員の所得及びり災の状況について調査することに同意します。

フリガナ		①障害者総合支援法②児童福祉法 ③地域生活支援事業										
申請者氏名 （給付決定保護者等氏名）		制度	受給者証番号									
生年月日	年　　月　　日											
居住地	〒 電話番号											
※フリガナ		※　続　柄										
※ 給付決定に係る児童氏名		※生年月日	年　　月　　日									

※利用主体が児童の場合に記入してください。

減免申請対象制度	□障害福祉サービス　□障害児通所支援 □補装具費 【地域生活支援事業】 □移動支援　□日中一時支援□日常生活用具給付 □その他（　　）

減免申請理由	該当する申請理由番号を○で囲み、必要事項を記載してください。 １　建物の被害による減免申請 損害の程度：全壊・大規模半壊・中規模半壊・半壊（いずれかに○） ２　その他の理由による減免申請 （　　）

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

備考：減免申請理由に応じて、り災証明書等の災害の状況を証する書類等を添付してください。