様式第1号（第5条関係）

三鷹市通所に係る障害福祉サービス利用者負担助成申請書

（生活介護・児童デイサービス・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・旧法施設支援）

※申請するサービス種類に〇をしてください。

フリガナ			
受給者氏名		受給者証番号	
生年月日	年　月　日生		
住所	（〒　　ー　　） 電話番号		
利用者負担軽減申請理由	低所得1・低所得2・一般（上限額9,300円）		

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者（〇印）
世帯構成	世帯主		年　月　日生		
	世帯員		年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		

（あて先）　三鷹市長

上記のとおり三鷹市通所等障害福祉サービス利用者負担助成を申請します。

この利用者負担助成に関する資格の確認のため、申請者及び申請者の家族等の所得状況等についての調査に同意します。

年　月　日

申請者　住所

氏名　　電話番号

1　太線の枠内を記入してください。

2　必要書類を添付して申請してください。

※三鷹市記入欄

認定年月日	受給者証記載確認	課長	係長	担当	経理
年　月　日					
有効期限					
年　月　日から 年　月　日まで					