

特定障害者特別給付費支給申請書

年 月 日			
(宛先)茅ヶ崎市長			
申請者氏名			
次のとおり特定障害者特別給付費の支給を申請します。			
居 住 地 及 び 連 絡 先	電話番号		
生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
特定入所等サービスを受けている指定障害者支援施設等又は指定障害者福祉サービス事業者			
所得等の状況	☐ 生活保護 ☐ 低所得1 ☐ 低所得2		

備考 次に掲げる書類を添付してください。ただし、(1)に掲げる書類については、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、添付を省略することができます。

- (1) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の当該年度分(4月から6月までに申請する場合にあっては、前年度分)の地方税法の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。)の額を証する書類その他の政令第17条第4号に該当する者であることを証する書類
- (2) 受給者証
- (3) 政令第21条第1項第1号に規定する食費等の負担限度額の算定のために必要な事項に関する書類(施設入所支援に係る支給決定を受けた特定障害者に限る。)
- (4) 入居している共同生活援助を行う住居に係る居住に要する費用の額を証する書類(共同生活援助又は政令第20条に規定する省令で定めるものに係る支給決定を受けた特定障害者に限る。)