

障がい福祉サービス利用に関する同意書兼申告書

同意される場合には、太枠内の該当事項についてご記入ください。また、住民票上同一世帯の方についてもご記入ください。

※収集した個人情報は、他の目的に使用されることはありません。

障がい福祉サービス利用期間中は

1 介護給付費・訓練等給付費・計画相談支援給付費・地域相談支援給付費・地域生活支援事業・障がい児通所給付費・障がい児相談支援給付費の支給決定及びサービス利用者負担に関する事項(利用者負担上限月額・個別減免・高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児(通所・入所)給付費・特定障がい者特別給付費・多子世帯の負担軽減措置等)の決定を目的として次の情報を市長が利用することに同意します。

- ① 家族構成
- ② 市民税の課税状況
*1月1日(障がい福祉サービスを受ける日の属する月が1月～6月である場合は前年の1月1日)に藤沢市に住所がない方は、その時に住民票があった住所地で発行する「市町村民税額証明書」を提出してください。
- ③ 生活保護の受給状況
- ④ 介護保険サービスの利用状況及び利用者負担額
- ⑤ 障がい児入所支援の利用状況及び利用者負担額
- ⑥ 補装具費の利用状況及び利用者負担額
- ⑦ 同一世帯員の、介護給付費・訓練等給付費・計画相談支援給付費・地域相談支援給付費・地域生活支援事業・障がい児(通所・入所)給付費・障がい児相談支援給付費の利用状況及びサービス利用者負担に関する事項(利用者負担上限月額・個別減免・高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児(通所・入所)給付費・特定障がい者特別給付費・多子世帯の負担軽減措置)、介護保険サービスの利用状況及び利用者負担額、障がい児入所支援の利用状況及び利用者負担額、補装具費の利用状況及び利用者

2 サービス等利用計画・障がい児支援利用計画は、障がい支援区分(障がい程度区分)認定は聴取の内容、市町村審査会における審査判定域10項目の調査内容等を藤沢市から指定特別通所支援事業者、障がい児入所施設、指定障がい児、児童相談所及び医師意見書を記載した医

ご本人の住民票上のご住所を記載してください。また、ご家族がいらっしゃる場合には、お名前・続柄・生年月日をご記入ください。ご住所が別になっている場合や、後見人の方がいらっしゃる場合には、申請書の「申請書提出者」の欄にご記入いただきますようお願いいたします。

令和〇〇年 〇月 〇日

住所 藤沢市朝日町1-1

| 氏名 自署または記名・押印 | 押印欄 | 続柄 | 生年月日 | 利用中のサービス | 住宅借入金 の有無 | ふるさと納 税の有無 | 確認欄 |
|------------------|-----|----|----------------|---|--|--|--------------|
| | | | | | | | |
| 藤沢 一郎 | | 本人 | 大昭平令 15・5・5 | 自立支援給付費 障がい児通所支援 障がい児入所支援 介護保険サービス | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 生・非・課 () |
| 藤沢 太郎 | | 父 | 大昭平令 46・6・6 | 自立支援給付費 障がい児通所支援 障がい児入所支援 介護保険サービス | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 生・非・課 () |
| 藤沢 花子 | | 母 | 大昭平令 47・7・7 | 自立支援給付費 障がい児通所支援 障がい児入所支援 介護保険サービス | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 生・非・課 () |
| 藤沢 二郎 | | 弟 | 大昭平令 18・8・8 | 自立支援給付費 障がい児通所支援 障がい児入所支援 介護保険サービス | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 生・非・課 () |
| | | | 明・大・昭・平・令 . | 自立支援給付費 障がい児通所支援 障がい児入所支援 介護保険サービス | 有・無 | 有・無 | 生・非・課 () |
| | | | 明・大・昭・平・令 . | 自立支援給付費 障がい児通所支援 障がい児入所支援 介護保険サービス | 有・無 | 有・無 | 生・非・課 , |