**障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除申請書（北海道胆振東部地震）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 申請年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童氏名 |  |
| 居住地 | 〒　　－電話番号　　(　　　)　　　　　　　 |
| 利用サービス | □　障害福祉サービス　　□　障害児通所支援　　□　移動支援 |
| 申請理由 | □　住宅、家財又はその財産について著しい損害を受けた |
| □　主たる生計維持者が死亡した |
| □　主たる生計維持者の収入が、以下の事由により著しく減少した□重大な障がい□長期間の入院　□失業　□事業の廃止・縮小□農作物の不作・不漁 |
| 主たる生計維持者の氏名 |  | 続柄 |  |
| 　(あて先)札幌市　　区保健福祉部長　上記のとおり、利用者負担額に係る免除について、申請します。　また、この申請に関して区保健福祉部長が必要と認めるときは、区保健福祉部長が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。　　　署　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（自筆による署名又は記名押印してください）　 |