

様式第4号（第10条関係）

堺市訪問入浴サービス事業支給量等変更申請書

堺市長殿

支給量の変更を申し込みたいので、堺市訪問入浴サービス事業の支給等に関する要綱第10条の規定により次のとおり申請します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

		申請年月日		年 月 日		
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
申請者氏名		個人番号				
住 所	堺市		電話番号			
身体障害者手帳番号	第 号 (級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)					
療育手帳番号	第 号 障害程度 (A ・ B 1 ・ B 2 ・)					

変更理由		
申請内容 (該当に○をして下さい。)	① 支給量 ② 所得区分 (負担上限月額)	
	現在の決定支給量 日/月	希望する支給量 日/月

負担上限月額	☐ 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。)
	1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯
	2 市町村民税非課税世帯に属する者

注意 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者（同一の住民票に記載された者に限る。）とする。

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		