様式第1号（第５条関係）

　　酒田市障がい福祉サービス等利用者負担額減免申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

酒田市長　宛

住　　所

氏　　名

電話番号

　次のとおり利用者負担額に係る減免を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障  が  い  児  ・  者 | ふりがな  氏　　名 |  | 対象のサービスの名称 | |
|  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所  （避難先） |  | | |
| 生  計  維  持  者 | ふりがな  氏　　名 |  | 障がい児・者との関係 | |
|  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所（避難先） |  | | |
| 支給決定障害者等・生計維持者の住宅が災害により損害を受けたため。  災害の内容：　　　　　　　　　　　　　（被災日）  損害の状況：全壊・大規模半壊・中規模半壊・半壊・準半壊    【添付書類】  り災証明書（ただし、関係部署で確認できる場合は添付不要） | | | |