様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

 障害者外出支援事業利用申請書

（宛先）　　安曇野市長　　　　　　　　　　　　 申 請 者

住　所　安曇野市

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　・　　　・　　（　　歳）

電　話

　　以下のとおり、障害者外出支援事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先氏名 |  | 申請者との続柄 | 　家族　（　　　） |
| 連絡先住所 |  | 電　話　番　号 |  |
| 申請者手帳情報 | 手帳の種類 | 手　　帳　　の　　等　　級 |
| 身障手帳 | １級　　　２級 |
| 療育手帳 | Ａ１　　　Ａ２ |
| 精神手帳 | 　１級　　　２級精神手帳有効期限（　　年　月　日まで） |
| 該当に〇をしてください。○　裏面１に記載されている自動車税・軽自動車税減免の有無　（　　有　　・　　無　　）※手帳の減免の記載（コピー添付）記載がない人も添付してください。（　　有　　・　　無　　）　　※窓口で申請される方は受付職員に提示してください。　　　　　　　　　　　　　　　○　裏面２に記載されている事業の助成の有無　　　　　　　　（　　有　　・　　無　　）○　裏面３に記載されている施設への入院・入所又は居住の有無（　　有　　・　　無　　）* 利用決定に必要な私の身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳の情報、住民基本台帳情報、自動車税及び軽自動車税の減免内容に関する閲覧（確認）を認めます。
* この申請により障害者外出支援事業利用券の交付を受けた後、利用対象ではなくなった場合、すみやかに未使用の利用券を返却いたします。

　　　　　　　　氏名(申請者)印　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　　　　**<申 請 受 付 者 確 認 印>**　 　　㊞

〔市役所使用欄〕

|  |  |
| --- | --- |
| 利用券交付番号 |  |

**(裏　面)**

**以下のいずれかに該当すれば障害者外出支援事業利用券の交付対象外となります。**

**１　次のいずれかの税の減免を受けている場合**

⑴長野県県税条例（昭和25年長野県条例第41号）第68条に規定する自動車税

⑵安曇野市税条例（平成17年安曇野市条例第81号）第90条に規定する軽自動車税

**２　次のいずれかの事業の助成を受けている場合**

⑴安曇野市高齢者通院等支援事業

⑵安曇野市寝たきり高齢者通院等支援事業

⑶安曇野市腎臓透析利用者通院支援事業

⑷安曇野市腎臓透析治療通院交通費補助事業

**３　次のいずれかの施設に入院、入所又は居住している場合**

⑴医療機関

⑵老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の４に規定する養護老人ホーム

⑶老人福祉法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（ケアハウス等）

⑷老人福祉法第29条第１項に規定する有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けている有料老人ホーム（介護付き有料老人ホーム等）

⑸高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅のうち、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けているサービス付き高齢者向け住宅

⑹介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う住居（グループホーム）

⑺介護保険法第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）

⑻介護保険法第８条第27項に規定する介護老人福祉施設（老健）

⑼介護保険法第８条第28項に規定する介護老人保健施設（老健）

⑽健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされる同法第26条の規定による改正前の介護保険法第８条第26項に規定する介護療養型医療施設

⑾障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第５条第11項に規定する障害者支援施設

**記入例**

様式第１号　（第３条関係）

改正前惠

年　　月　　日

障害者外出支援事業利用申請書

　安曇野市長　　　　　　　　様

申請者住所　安曇野市

氏　名

電　話

　　以下のとおり、障害者外出支援事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| ・　・ | 歳 | 男　女 |
| 利　用　者　氏　名 |  | 申請者との続柄 | 本人　家族　（　　　） |
| 連絡先 |  | 電　話　番　号 |  |
| 手帳情報 | 手　帳　の　種　類 | 手　　帳　　の　　等　　級 |
| 身　　障　　手　　帳 | 　１級　　　２級　　　　（　　　　） |
| 療　　育　　手　　帳 | 　　Ａ１　　　Ａ２　　　　（　　　　） |
| 精　　神　　手　　帳 | １級　　　２級　　　　（　　　　） |
| 世 帯 員 氏 名 | 生 年 月 日 | 年齢 | 性別 | 続柄 | 職業・学校　等 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ○　自動車税・軽自動車税減免の有無　（　　有　　・　　無　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当に○をしてください）* 私（家族等）の自動車税及び軽自動車税の減免内容に関する閲覧（確認）を認めます。

　　　　　印　　　　　 |

　**<申 請 受 付 者 確 認 印>**　 　㊞

〔本庁使用欄〕

|  |  |
| --- | --- |
| 利用券交付番号 |  |