令和　　年　　月　　日

第１号様式（第４条第２項）

　　　柏市障害者グループホーム入居者家賃給付費支給申請書

　柏市長　　あて

住所

申請者

氏名

障害者グループホーム入居者家賃の支給決定を受けたいので，柏市障害者グループホーム入居者家賃給付費支給規則第４条第１項の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者要件の確認 | 共同生活援助支給決定時の世帯における市税の状況  対象年度（令和　　年度）  □課税　□非課税　□生活保護 |

非課税にチェックの方は，以下をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　月　日 |
|  | |
| 受給者証番号 |  |
| 入居GH等  名称等 | 名　称 |  | | 住居名 |  |
| 所在地 | 〒　　- | | | |
| 家賃等 | ①家賃月額 | ②特定障害者  特別給付費 | | ③家賃自己負担月額（①－②） |
| 円 | 円 | | 円 |
| 入居日 | 年　　　月　　　日 | | | | |

※家賃給付の対象要件の欠如，不正等を確認した場合は，支給決定を取消し，支給済みの家賃給付費については返還を求めます。

**添付書類について**福祉サービス受給者証（原本，任意提出）

障害者グループホームへの入居に係る家賃額証明書

**--------------------------柏市使用欄--------------------------**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用状況 | 利用期間 | 日数 | 家賃金額（日額） | 自己負担額 | 決定単位数  （1単位/10円） |
| 体験 | R . . ～R . . |  |  |  |  |
| 本入居 | R . . ～ |  |  |  |  |