障がい福祉サービス利用に関する同意書兼申告書

次の事項に同意される場合には、太枠内の該当事項についてご記入ください。また、住民票上同一世帯の方についてもご記入ください。

※収集した個人情報は、他の目的に使用されることはありません。

障がい福祉サービス利用期間中は

1　介護給付費・訓練等給付費・計画相談支援給付費・地域相談支援給付費・地域生活支援事業・障がい児通所給付費・障がい児相談支援給付費の支給決定及びサービス利用者負担に関する事項（利用者負担上限月額･個別減免・高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費・特定障がい者特別給付費・多子世帯の負担軽減措置等）の決定を目的として次の情報を市長が利用することに同意します。

① 家族構成
② 市民税の課税状況
　＊1月1日（障がい福祉サービスを受ける日の属する月が1月～6月である場合は前年の1月1日）に藤沢市に住所がない方は、その時に住民票があった住所地で発行する「市町村民税額証明書」を提出してください。
③ 生活保護の受給状況
④ 介護保険サービスの利用状況及び利用者負担額
⑤ 障がい児入所支援の利用状況及び利用者負担額
⑥ 補装具費の利用状況及び利用者負担額
⑦ 同一世帯員の、介護給付費・訓練等給付費・計画相談支援給付費・地域相談支援給付費・地域生活支援事業・障がい児(通所・入所）給付費・障がい児相談支援給付費の利用状況及びサービス利用者負担に関する事項（利用者負担上限月額･個別減免・高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費・特定障がい者特別給付費・多子世帯の負担軽減措置）、介護保険サービスの利用状況及び利用者負担額、障がい児入所支援の利用状況及び利用者負担額、補装具費の利用状況及び利用者負担額

2　サービス等利用計画・障がい児支援利用計画、個別支援計画を作成するために必要があるときは、障がい支援区分（障がい程度区分）認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部または一部、5領域10項目の調査内容等を藤沢市から指定特定相談支援事業者、指定障がい児相談支援事業者、通所支援事業者、障がい児入所施設、指定障がい福祉サービス事業者、障がい者支援施設の関係人、児童相談所及び医師意見書を記載した医師に提示することに同意します。

住　所	令和　　年　　月　　日

氏　　名 自署または記名・押印	押印欄	続柄	生年月日	利用中のサービス	住宅借入金の有無	ふるさと納税の有無	確認欄
		本人	大・昭・平・令 ・　・	・自立支援給付費 ・障がい児通所支援 ・障がい児入所支援 ・介護保険サービス	有・無	有・無	生・非・課 （　　）
			大・昭・平・令 ・　・	・自立支援給付費 ・障がい児通所支援 ・障がい児入所支援 ・介護保険サービス	有・無	有・無	生・非・課 （　　）
			大・昭・平・令 ・　・	・自立支援給付費 ・障がい児通所支援 ・障がい児入所支援 ・介護保険サービス	有・無	有・無	生・非・課 （　　）
			大・昭・平・令 ・　・	・自立支援給付費 ・障がい児通所支援 ・障がい児入所支援 ・介護保険サービス	有・無	有・無	生・非・課 （　　）
			大・昭・平・令 ・　・	・自立支援給付費 ・障がい児通所支援 ・障がい児入所支援 ・介護保険サービス	有・無	有・無	生・非・課 （　　）
			大・昭・平・令 ・　・	・自立支援給付費 ・障がい児通所支援 ・障がい児入所支援 ・介護保険サービス	有・無	有・無	生・非・課 （　　）