（様式第５号）

移動支援・利用者負担上限額設定専用

移動支援事業にかかる利用者負担上限月額設定（変更）申請書

（提出先）　大阪市長

月額負担上限額の設定について、次の区分の適用を申請します。

申請（変更）年月日　　年　月　日

申請者	受給者証番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	居住地	電話番号		
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日　続柄
申請する区分 □１　生活保護受給世帯　□３　その他（　　） □２　市民税非課税世帯				

※　18 歳到達月の場合、保護者から本人へと申請者が変更となるため、それぞれ申請書が必要となります。

同　意　書

（提出先）　大阪市長

年　月　日

私は、移動支援事業にかかる利用者負担上限額の決定にあたり、課税状況について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿を閲覧することに同意します。

住　所　：

申 請 者　：

【家族欄】

続　柄	氏　名	生年月日	住所（申請者と異なる場合に記入ください） 個人番号
		年　月　日	個人番号
		年　月　日	個人番号
		年　月　日	個人番号
		年　月　日	個人番号

16 歳以上 19 歳未満の特定扶養控除対象者数　　人

※　18 歳以上の障がい者で配偶者がいる場合、家族欄に配偶者を記入してください。
※　申請者が 20 歳未満の施設入所者又は、障がい児の保護者の場合は、住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。
※　上記以外において、住民票上は別世帯であっても生計を一にしている16歳以上19歳未満の特定扶養控除対象者の方がいれば、同様に家族欄に記入してください。