

日高市障害者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

居住地  
 申請者 氏 名  
 対象者との続柄 ( )  
 電話番号 ( )

日高市障害者等日常生活用具給付事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	氏 名		生年月日		年 月 日生
	個人番号				
	居住地				
	障害者手帳		第 号		年 月 日交付
	障 害 名			障害等級	種 級
世帯状況	氏 名	個人番号		対象者との続柄	
給付を希望する理由					
給付を受けたい用具の名称		希望する形式規模等			
給付上、特に希望する事項					
該当する所得区分		生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上			
世帯範囲の特例に関する認定		<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			
生活保護への移行予防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防 (定率負担減免措置) を希望します。			
備 考					

- 注1 この申請書には、次の書類を添付すること。  
 (1) 身体障害者手帳、療育手帳又は障害者手帳の写し  
 (2) 給付を希望する用具の見積書