

日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先) 焼津市長		住 所	
		申請者 氏 名	
		対象者との続柄	
		電 話	
次のとおり日常生活用具の給付を受けたいので、次のとおり申請します。			
対象者	住 所		
	フリガナ 氏 名		電話
	生年月日	年 月 日	性 別 男 ・ 女
身体障害者手帳	番号	静岡県第 号	
	交付年月日	年 月 日	障害等級 級
	障害名		
療育手帳	号(年 月 日交付)	障害程度	A ・ B
難病患者等	難病名等	証書 意見書	有 ・ 無 有 ・ 無
給付を受けたい日 日常生活用具の名称			
判定予定日	年 月 日		
希望する日常生活 用具業者	名称		
	所在地		
	電話	F A X	
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"/> 次のいずれにも当てはまるため、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。		

※難病患者等に該当する方にあつては、難病患者等であることがわかる書類（特定疾患医療受給者証、主治医の診断書等）を添付してください。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。

年 月 日

氏名

㊞