

日常生活用具給付申請書

年 月 日

坂井市長 様

申請者 住所 坂井市 _____

氏名 _____

(対象者との続柄 _____)

個人番号 _____

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

負担額の決定にあたり、住民登録資料、課税状況等を確認することに同意します。

対 象 者	氏名	(個人番号 _____)		生年月日	年 月 日	
	住所	坂井市			電話	
	身体障害者手帳番号	第 _____ 号				
	身体障害者種別 (該当に○をする)	視覚・聴覚・肢体（上肢・体幹・ 下肢）・呼吸器・音声言語・ 腎臓・膀胱・直腸・心臓		障害等級	1 2 3 4 5 6	
	療育手帳番号	第 _____ 号		障害程度	A1 A2	
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載すること)					
給付を希望する 用具の名称						
用具を購入する 業者名						
給付が適当な理由						
該当する所得区分	1 生活保護	2-1 低所得1 2-2 低所得2	3 一般世帯	4 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"/> 生活保護への移行防止措置を希望します。			
備考	以前給付を受けた場合					