

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日					
福崎町長 様					
(申請者)					
住 所		福崎町			
氏 名		印			
電 話		対象者との続柄			
下記のとおり、日常生活用具の給付申請をいたします。					
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、その他の資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。					
対 象 者	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏 名		男・女	年 月 日	
	住 所	福崎町		電話番号	
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別	種	障害等級	級	
	障害名				
療 育 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害等級				
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のこと)			
種 目			型式 規模等		
希 望 す る 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		☐ 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、対象者のみ又は対象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		☐ 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					