

日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先) 伊賀市社会福祉事務所長

申請者 住 所
氏 名
個人番号 ()
(対象者との続柄)
電 話

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具給付決定のため、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、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	個人番号			
	身体障害者手帳	第 号	年 月 日	交付 等級 級
	療育手帳	第 号	年 月 日	交付 障害の程度
	精神障害者保健福祉手帳	第 号	年 月 日	交付 等級 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。)		
現在の住居の現状	自宅 ・ 借家 ・ 施設 ・ その他 (貸主の諾否) ()			
給付を受けたい用具の名称		希望する 型式規模等		
給付を希望する理由				
希望する業者名				
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般			
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の控除としていない。 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				