

日常生活用具費支給申請書

知立市長様

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄

)

電話

FAX

メール

次のとおり、日常生活用具費の支給申請をいたします。

また、給付認定に係る自己負担額算定に必要な本人及び扶養義務者に係る公簿等の閲覧等に関する所定の権限を知立市長に委任します。

別添見積書のとおり日常生活用具を希望します。品目等に変更ある場合は、新たに、日常生活用具費の支給申請を行うことを誓約します。

対 象 者	フリガナ			生 年 月 日		性 別	
	氏 名					男 ・ 女	
	身体障害者手帳番号 (療育手帳判定)	第 号 ()					
	障 害 等 級			種 別	1 種 ・ 2 種		
	障 害 名						
購入をしたい用具の名称		(~)					
希 望 す る 業 者 名							
支 給 額		初回 ・ 再交付 (前回 年 月 日)					
所 得 区 分		☐ 生活保護	☐ 低所得 1	☐ 低所得 2	☐ 一 般		
		生活保護受給世帯	市民税非課税世帯 であって、申請者 の合計収入額が 826,500 円以下の 者	市民税非課税世帯 であって、左記以 外の者	市民税課税世帯		
世帯範囲の特例に関 する 認 定		☐ 下記のいずれもあてはまるため、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、子供等が当該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、同条の世帯員の被扶養者となっていない。					
生活保護への以降予 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。					
該当する所得区分の 判定に際して、承諾 事項		☐ 市町村民税非課税世帯に該当します。本人収入の判定において、月額負担上限額 24,600 円 (低所得 2) の判定に同意します。 よって、低所得 1 の判定に要する書類の提出をいたしません。					