

日常生活用具給付申請書									
令和 年 月 日									
(あて先) 白山市福祉事務所長									
〒 - 住 所 氏 名 (対象者との続柄) 電話番号									
次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。 日常生活用具の給付に係る負担金の決定に際し、私及び世帯員の税情報の閲覧をされることに同意します。									
対 象 者	氏 名				生年月日	年 月 日生(歳)			
	住 所								
	身体障害者手帳番号	第 号			年 月 日交付(級)				
	障 害 名								
	疾 病 名								
	療 育 手 帳 番 号				A ・ B	年 月 日交付			
世 帯 の 状 況	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	介 護 の 状 況 等				
給付を希望する理由									
給 付 を 受 け た い 用 具 の 名 称					希望する様式・ 規 模 等				
該当する所得区分		生活保護 ・ 市町村民税非課税世帯 ・ 市町村民税課税世帯							
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"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明が必要となります。							