

障害児（者）日常生活用具給付申請書

年 月 日

大台町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
(対象者との続柄)

下記により日常生活用具の給付を申請します。
日常生活用具給付の決定のため、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	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所				
	身体障害者手帳番号		第	号	年 月 日交付
	障害名		障害等級		種 級
	療育手帳番号		第	号	年 月 日交付
	障害程度	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2			
給付を希望する理由					
給付を受けたい用具の名称		希望する形式規模等			
希望する業者名					
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	<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。				