

地域生活支援事業(日常生活用具)給付申請書

令和 年 月 日

交野市福祉事務所長 あて

(申請者)住 所

氏 名

(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・税務資料その他について、市担当職員が各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|                       |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
|-----------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|------------|---|---|---|
| 対<br>象<br>者           | フリガナ        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年齢          | 生年月日       |   |   |   |
|                       | 氏 名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 歳           | 明・大<br>昭・平 | 年 | 月 | 日 |
|                       | 個人番号        |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
|                       | 住 所<br>□ 同上 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
| 世<br>帯<br>状<br>況      | 世帯収入状況      | <div><input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 ※ 非課税世帯・・・本人または世帯員(本人が18歳以上の場合は配偶者のみ)全員が非課税</div> <div><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯</div> <div><input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円未満) ※ 課税世帯・・・本人又は世帯員(本人が18歳以上の場合は配偶者のみ)が市民税課税</div> <div><input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円以上)</div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
| 手<br>帳<br>内<br>容      | 身体障がい者手帳    | 都道府県(市)第 号                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請中 □ ※1    |            |   |   |   |
|                       |             | (障がい名 ※2)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
|                       | 療育手帳        | 都道府県(市)第 号                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ( A B1 B2 ) |            |   |   |   |
|                       | 精神保健福祉手帳    | 都道府県(市)第 号                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ( 級)        |            |   |   |   |
| 難病患者                  |             | 疾病名 診断書添付                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
| 介護保険                  |             | 非該当 要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
| 給付を希望する日常生活用具         |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
| 日常生活用具の購入先として希望する事業者名 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |
| 備 考                   |             | 給付券の送付先: 自宅 ・ 業者 ・ その他( )<br>どれかに○を付けてください。<br>施設入所・入院の有無: 無 ・ 有(施設・病院名 )<br>有の場合、退院、退所予定日を記入してください。( / 頃)                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |            |   |   |   |

(ご注意) 今年、または前年の1月1日に交野市以外の市町村に住民票を有していた方は、世帯構成者の所得証明が必要になる場合があります。

※1 身体障がい者手帳の同時申請の場合は□にチェックを入れる。

※2 身体障がい者手帳の記載内容について、そのとおり全文を記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

|          |                                                                                                                                                                                   |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護移行予防 | 適 ・ 否                                                                                                                                                                             |
| 世帯収入状況   | <div><input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円未満)</div> <div><input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円以上)</div> |
| 月額負担上限額  | 0円 ・ 24,000円                                                                                                                                                                      |
| 交 付      | 決 定 ・ 却 下                                                                                                                                                                         |
| 備 考      |                                                                                                                                                                                   |