

地域生活支援事業(日常生活用具)給付申請書

令和5年4月1日

交野市福祉事務所長 あて

(申請者)住所 **交野市天野が原町5-5-1**

氏名 **交野 花子**

(対象者との続柄 **妻**)

電話 **072-893-6400**

記入例

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。

対象者	フリガナ	カタノ タロウ											年齢	生年月日			
	氏 名	交野 太郎											歳	明・大 昭・平	10 年 10 月 10 日		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
	住 所 ☒ 同上																
世帯状況	世帯収入状況	☐ 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 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 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 ☐ 市民税課税世帯（所得割46万円以上）															
手帳内容	身体障がい者手帳	都 道 府 県（市）第 123456 号											申請中 ☐ ※1				
		(障がい名 ※2) 下肢機能障害(2級)															
	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	移動・移乗支援用具															
	日常生活用具の購入先として希望する事業者名	〇〇医療機器(株)															
	備 考	給付券の送付先: 自宅 ・ 業者 ・ その他 () どれかに○を付けてください。 施設入所・入院の有無: 無 ・ 有(施設・病院名) 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	☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市民税課税世帯(所得割46万円未満) ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税課税世帯(所得割46万円以上)
月額負担上限額	0円 ・ 24,000円
交 付	決 定 ・ 却 下
備 考	