

地域生活支援事業(日常生活用具)給付申請書

令和5 4 月 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	<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 <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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ※1				
		(障がい名 ※2) 直腸機能障害(4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	・ストマ用装具(消化器系) ・ストマ用装具(尿路系) ・紙オムツ 年 月 分 ~ 年 月 分															
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	<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) <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)
月額負担上限額	0円 ・ 24,000円
交付	決定 ・ 却下
備考	