

(様式第1号)

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

印

(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。

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|------------------|
| 対象者 | フリガナ | | 年齢 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 歳 | 明・大 昭・平 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | |
| | 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 <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) <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円以上) | ※ 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 ※ 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 | |
| 手帳内容 | 身体障がい者手帳 | 都道府県(市)第 号 | 申請中 <input type="checkbox"/> ※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() どれかに○を付けてください。 | | | |

(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"/> 市民税非課税世帯 | <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 | | |