

日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(あて先) 高崎市福祉事務所長 様

申請者 住所
 氏名
 (対象者との続柄)
 電話

次のとおり日常生活用具の給付等を申請します。

日常生活用具の給付等決定のため、対象者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	フリガナ		生年月日	年 月 日	歳	個人番号
	氏名					
	住所	高崎市 町				
	身体障害者手帳	手帳番号	第	号	障害名	
交付日		年	月 日			
障害等級		級				
現在の住まいの状況 (該当に○)	①在宅(持ち家・借家)		②施設入所	③入院	④その他	
		②~④の場合、詳細を記入				
希望する用具の名称				希望する期間、形式等		
業者名						
備考						

調査書

※以下事務処理欄

世帯の状況	氏名		対象者との続柄	年齢	所得確認対象者	課税状況	所得割額	
			本人				円	
							円	
							円	
							円	
世帯区分	1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 市町村民税課税世帯 (対象者所得割合計額 円)			負担割合	自己負担率 割	月額上限額 円		
給付等する用具の名称	予定価格	円	対象額	円	自己負担	円	公費負担	円
その他特記事項								
年 月 日			調査員 氏名					