

日常生活用具給付等申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 平成 年 月 日

次のとおり日常生活用具の給付(貸与)を申請します。
 なお、日常生活用具の給付(貸与)の決定のため、私(対象者)の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、又は各関係機関に調査若しくは照会する事を承諾いたします。

申請者	フリガナ			住所	〒		
	氏名	印					
	電話番号			対象者との続柄			
対象者	フリガナ			生年月日	明治 昭和	大正 平成	年 月 日
	氏名	印		性別	男 ・ 女		
	(申請者と同一又は児童の場合は印不要)						
	住所	〒					
	電話番号						
身体障害者手帳名	手帳番号	第 号		交付年月日	年 月 日		
	障害種別			障害等級	種 級		
給付・貸与を希望する理由							
給付・貸与を希望する用具の名称				用具の形式等			
希望する給業者	名称						
	所在地						
	電話			F A X			
現在の住まいの状況	住宅	1. 自家 2. 借家 貸し主の諾否 諾・否	浴槽	1. 和式 2. 洋式 3. なし	便器	1. 和式 2. 洋式 3. 携帯用	
現在の介護の状況	入浴	1. 他人の介護が必要 2. 清拭のみ 3. 入浴・清拭両方できない 4. 自力でできる	排便	1. 他人の介護が必要 2. 便器(携帯用)使用 3. 自力でできる			
世帯範囲の特例に関する定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等の被扶養者となっていない。						

注: 添付書類 対象者又は対象者を扶養する者の前年分所得税及び前年度分市町村民税の課税額を証明する書類(砂川市で住民税の課税の有無を確認できる方は不要です。)