

## 日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

福津市長 殿

(申請者)

住所

氏名

(対象者との続柄： )

電話

( )

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。

日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、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	住所	福津市		
	フリガナ			
	氏名		性別	男・女
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	電話	( )
手帳内容	手帳番号	福岡県・( )都・道・府・県(市)第 号		
	交付年月日	年 月 日	等級	級
	障害名			
給付を受ける日常生活用具名				
希望する業者名				
給付上特に希望する事項				
居住等の状況	① 在宅 ② 施設入所(入所先： ) ③ 入院(予定を含む) 入院先： 退院予定日：			
年金受給の有無	無・有 (年金の種類： 障害年金・遺族年金・その他 ) 障害年金・遺族年金等受給者は受給額がわかるもの(改定通知等)を添付して下さい。			
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護	生活保護受給世帯		
	<input type="checkbox"/> 低所得1	市民税非課税世帯でサービスを受給する本人の収入が80万円以下の方		
	<input type="checkbox"/> 低所得2	市民税非課税世帯で、低所得1以外の方		
	<input type="checkbox"/> 一般	市民税課税世帯(※1)		

(※1) 本人又は世帯員のうち、市民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上の場合は、支給対象外となります。