

日常生活用具給付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者

住 所

氏 名

(対象者(児)との続柄)

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	(歳)
	住 所				
	障害者手帳番号		交 付		
	障 害 名				障害等級等 級
	施設入所希望の有無	希望する(施設) 希望しない			
世 帯 の 状 況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考(対象者に対する介護の状況等)
現在の住まいの状況		自宅 借家 (貸主の承諾) 有 無			
給付を受けたい用具の名称				希望する形式・規模等	
納入業者名					
所得区分		生活保護・低所得1・低所得2・一般・一定所得以上			
生活保護への移行予防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。			
備 考		申請にあたり、私の世帯の市町村税額等に関し光市長の調査を承諾します。			