

日常生活用具給付申請書

(宛先) 西尾市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。また、以下の事項について同意します。

- ・支給決定に必要な申請者及び親族の所得状況、世帯状況等の調査について、西尾市が必要に応じて公簿（電子計算機の記録情報を含む）等によって確認することや関係機関へ照会すること。
- ・西尾市地域生活支援事業における日常生活用具給付事業に関して代理受領を行うこと。

申請者氏名

申請者 (障害者本人ただし18歳未満の場合は保護者)	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏名							
	居住地	〒			電話			
フリガナ					生年月日	年 月 日		
障害児氏名 (18歳未満の場合)					続柄			
身体障害者 手帳番号		等級		障害名				
療育手帳 番号		判定		精神障害者保健 福祉手帳番号		等級		
給付・貸与を 希望する用具				希望する 形式等				
給付・貸与を 希望する理由								
所得 区分	<input type="checkbox"/> (生活保護)		<input type="checkbox"/> (低所得)		<input type="checkbox"/> (一般)			
	生活保護受給世帯		市民税非課税世帯		市民税課税世帯			
	(世帯の特例) 下記のいずれにもあてはまるため、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、兄弟姉妹、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。 (国民健康保険の場合は、世帯で同一の保険証であっても被扶養者ではありません。)							

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書 提出者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
	氏名			申請者との 関係	
	住所	〒		電話番号	