

日常生活用具費給付申請書

年 月 日

田原市福祉事務所長様

（申請者）住所

氏名
電話

（対象者との続柄）

次のとおり、日常生活用具費の給付申請をいたします。
また、給付認定に係る自己負担額算定に必要な本人および扶養義務者に係る公簿等の閲覧等に関する所定の権限を田原市福祉事務所長に委任します。

別添見積書のとおり日常生活用具を購入します。品目等に変更のある場合は、新たに日常生活用具費の給付申請を行うことを誓約します。

対 象 者	ふりがな			生年月日	性別
	氏 名				
	手帳番号	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳			
	障害等級		種別		
	障害名				
購入（修理）をしたい用具の名称					
希望する事業者名					
給付歴		初回 ・ 再交付（前回 年 月 日）			
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。			
負担上限月額に関する認定		<input type="checkbox"/> 以下の区分の適用を申請します。 1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの。 3 市町村民税非課税の世帯に属する者であって、2以外のもの。			
備考		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。			