

日常生活用具給付申請書

年 月 日

帯広市長 様

居住地

申請者 氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 () 続柄 ()

帯広市日常生活用具給付事業実施要綱第 4 条の規定により、下記のとおり申請します。なお、この申請内容について、
事実確認のため、税務調査されることに異議はありません。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日		
	居 住 地					
	障害者手帳	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害等級	(身体) 種 級	(療育) A ・ B	(精神) 級		
	障 害 名		個人番号			
世 帯 状 況	氏 名	対象者との続柄	生 年 月 日		個 人 番 号	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
給付を希望する理由				給付を受けたい用具の名称		
希望する形式規模等				給付上特に希望する事項		

※審査欄

所 得 審 査	所 得 区 分	要 件
	☐ 生活保護	生活保護世帯
	☐ 低所得	市民税非課税世帯
	☐ 一般 (市民税のみ課税)	市民税課税世帯であって 所得税非課税世帯（独自軽減該当）
	☐ 一般（それ以外）	市民税課税世帯で上記以外 又は 市民税所得割額 46 万円以上（児）
	☐ 対象外	市民税所得割額 46 万円以上（者）

※審査後

利用者負担割合（利用者負担上限額）
☐ 0 %（0 円）
☐ 5 %（9,300 円）
☐ 10 %（37,200 円）

受付