

日常生活用具給付等申請書

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			
給付等を希望する理由			給付等を受けたい用具の名称			
希望する形式規模等			給付(貸与)上特に希望する事項			

※審査欄

所得区分	要件
<input type="checkbox"/> 生活保護	生活保護世帯
<input type="checkbox"/> 低所得	市民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 一般(それ以外)	市民税課税世帯で上記以外
<input type="checkbox"/> 対象外	市民税所得割額 46万円以上

※審査後

利用者負担割合	利用者負担上限額
%	円

受付