

日常生活用具給付等申請書

令和 年 月 日

帯広市長 様

居住地 _____

申請者 氏名 _____ ①

生年月日 T・S・H・R 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	T・S・H・R	年	月	日
	居住地							
	障害者手帳	第	号	交付年月日	S・H・R	年	月	日
	障害等級	(身体)	種	級	(療育)	A ・ B	(精神)	級
	障害名							
世帯状況	氏名	対象者との続柄	生年月日		備考(対象者に対する介護の状況等)			
			T・S・H・R	年	月	日		
			T・S・H・R	年	月	日		
			T・S・H・R	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1	市民税非課税世帯であって 合計所得金額 80 万円以下
<input type="checkbox"/> 低所得2	市民税非課税世帯で上記以外
<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
