

## 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

印

生年月日

年

月

日

電話番号

続柄（ ）

帯広市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業実施要綱第3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		性別	生年月日	年 月 日	
			男・女			
	居住地					
	疾病名					
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生 年 月 日	備 考 <span style="font-size: small;">（ 対象者に対する 介護の状況等 ）</span>		
給付を希望する理由						
給付を受けたい用具の名称			希望する型式、規模等			
給付上特に希望する事項						
備 考						

※審査欄

	階層区分	要件
所得審査	A階層	生活保護世帯等
	B階層	市民税非課税世帯
	C1階層	所得税非課税・市民税均等割世帯（所得割なし）
	C2階層	所得税非課税・市民税所得割課税世帯
	D階層	所得税・市民税課税世帯

※審査後

徴収基準月額	加算基準月額
円	円