

日常生活用具給付申請書

年 月 日

高砂市福祉事務所長 殿

申請者（障害者又は障害児の保護者）

住所

氏名

個人番号

電話 ()

(対象者との続柄)

下記により日常生活用具の給付を申請します。

本申請に係る給付にあたり、市が私並びに私の世帯員の住民情報、税情報を公簿等により調査することについて同意します。

対象者 (児)	氏名	個人番号 ()		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所					
	() 障害者手帳番号				年 月 日	
	障害名				障害等級等	

世帯の 状況	氏名	続柄	生年月日	課税・非課税	収入欄	同意欄
	—	本人	—	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	—	—
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	—	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	—	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	—	

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				
希望する 業者名	名称				見積書	有 無
	所在地					
	電話			F A X		
支給券の送付先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 用具業者 <input type="checkbox"/> その他				
(その他送付先)		送付先住所 氏名				
備考		施設入所 有 ()、 予定 ()、 無				

届出者	住所	連絡先	
	氏名	対象者との関係	

届出者は、申請者と異なる場合にご記入ください。

収入申告書 《市民税均等割非課税世帯用》

申告者 氏名

(18歳未満の場合は、保護者名)

次のとおり申告します。

1. 世帯状況 (18歳以上は、本人及びその配偶者のみ)
(18歳未満は、住民票上の世帯員全員 (収入のある方))

	氏名	生年月日	続柄
申請者			
世帯員			

2. 収入等の状況 (18歳以上は本人、18歳未満は生計中心者の収入)

	種類	年額
公的年金等		円
特別障害者手当等		円
その他		円

※ 年収80万円以下の方で、障害年金・遺族年金等、市民税課税対象とならない収入がある方はその年額が分かる資料 (年金証書・振込通知書・通帳コピー等) を添付してください。

※ 申請する用具の基準額 (加算含む) が15万円以下のものについては添付書類を省略することができます。