様式第１号（第７条関係）

障害者等日常生活用具支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 身体障害者更生指導台帳番号 | | | |
| ※　　　―　　　― | | | |
| 申請日　　　　　年　　月　　日  　つくばみらい市福祉事務所長　様  (申請者)  住所  氏名  個人番号  対象者との続柄  電話  　次のとおり申請をします。  　日常生活用具の支給等申請の決定のため，私の世帯の住民登録資料・税務資料その他について，各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住所 | | 〒  つくばみらい市 | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 | | （個人番号　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　 月 　日 | | | 性別 |  | | | | 電話番号 | |  |
| 障害者手帳  障害名 | | | 手帳番号 | | 第 　　　号 | | | | 交付年月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 障害種別 | | 第　　　種 | | | | 障害等級 | | | | 級 |
| 障害名 | |  | | | | | | | | |
| 支給等を受ける日常生活用具名 | | | □ストマ　　・消化器官系　　　　月　　　～　　　月分  　　　　　　・泌尿器官系　　　　月　　　～　　　月分  □紙おむつ　　　　　　　　　　　月　　　～　　　月分  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 希望する事業者 | | 名称 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | | | |  | |
| ※該当する所得区分 | | | 生活保護　・　非課税　・　一般　・　一定所得以上 | | | | | | | | | | |
| 世帯範囲の特例に関する認定 | | | □　下記のいずれにもあてはまるため，住民票に記載された世帯ではなく，対象者のみ又は対象者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。  1　税法上，同一の世帯に属する親・兄弟・子供等が対象者を扶養  の対象としていない。  2　健康保険制度において，同一の世帯に属する親・兄弟・子供等の被扶養者となっていない。 | | | | | | | | | | |

(注意)　申請者は※印の欄には記入しないでください。