様式第1号（第4条関係）

# 旭川市日常生活用具給付申請書　（住宅改修費以外用）

年　　月　　日

（宛先）　旭川市長

申請者（満18歳未満の者については保護者）
住所

氏名

日常生活用具の（給付・再給付）を受けたいので，
次のとおり申請します。

対象者との続柄　（　　）
電話番号（　　）　　－

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 対象者 | ふりがな | | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| | 氏　名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 身体障害者手帳番号 | 第　　号 | 年　月　日　交付（　年　月　日 交付申請・変更申請） | |
| | 障害名又は難病名 | | 障害等級　　種　　級 | |
| | 療育手帳番号 | A・B　第　　号 | 年　月　日　交付 | |
| | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 級　第　　号 | 有効期限 | 年　月　日～年　月　日まで |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 給付を受けたい用具の名称 | | 業者名 | |
| | | 業者所在地 | |
| 該当する所得区分 | 生活保護　・　低所得　・　一般 | | |

| 世帯員の状況 | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 市町村民税の課税状況 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 課税区分 | 所得割額 |
| | | | | 課・非 | |
| | | | | 課・非 | |
| | | | | 課・非 | |
| | | | | 課・非 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 所得区分及び月額負担上限額 | 区分（　　）<br>上限額（　　）<br>ストーマ装具・紙おむつ等上限額（　　） | 公費見積額 | | 公費利用者負担額 | |
| 備考 | | | | 確認担当者 | |

（注）1　太線内の事項について，記入してください。
　　2「該当する所得区分」欄は，該当する項目を○で囲んでください。