

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 | | | |
| 所得区分及び 月額負担上限額 | | 区 分 () | 上限額 () | 公費見積額 | 公費利用者 負 担 額 | | |
| | | ストーマ装具・紙おむつ等 上限額 () | | | | | |
| 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。