

東松山市障害者等日常生活用具給付等申請書兼利用者負担額減額申請書

年 月 日

東松山市福祉事務所長 宛て

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

以下のとおり、日常生活用具の給付等を受けたいので申請します。

私は、日常生活用具の利用者負担額算定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他給付決定に必要な資料について、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			
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	氏 名	個人番号		
障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳） <input type="checkbox"/> なし			
	手帳番号	都道府 県 市 第 号	障害等級 又は程度	
	身体障害 の 種 別	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡機能 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> そしゃく <input type="checkbox"/> 肢体不自由（ <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 内部（ <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他）		
難病等疾患名				
希望する用具名 ・ 型式等				
希 望 す る 業 者	業者名			
	所在地			
	電話番号	F A X		
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		
生活保護への移行 予防措置に関する 認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。		