

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

令和 5 年 4 月 1 日

申請書記入日を記載

東松山市福祉事務所長 宛て

申請者 住所 東松山市松葉町 1-1-58

氏名 松山 太郎

18歳以上は、障害者本人

18歳未満は、保護者名を記載

対象者との続柄 本人

電話番号 0493-21-1452

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	東松山市松葉町 1-1-58		
	フリガナ	マツヤマ タロウ	生年月日	昭和 24 年 4 月 3 日
氏名	松山 太郎	個人番号	1234 5678 9012	
		<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳) <input type="checkbox"/> なし		
障害者手帳	手帳番号	埼玉 都道府県 市 第 123456 号	障害等級 又は程度	2 級
	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 checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由 (<input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input checked="" 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	※ 特定疾患がある場合は記載			
希望する用具名・型式等	入浴補助用具 (シャワーチェア) AB-1234			
希望する業者	業者名	株式会社〇〇〇医療器械		
	所在地	東松山市松葉町 1-1-1		
	電話番号	0493-〇〇-〇〇〇〇	F A X	0493-〇〇-△△△△
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。			