

東松山市障害者等日常生活用具給付・貸与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(貸与)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。		