

日常生活用具給付（貸与）申請書

三春町長 様		年 月 日		
申請者 住 所				
氏 名				
対象者との続柄（ ）				
電 話				
<p>三春町日常生活用具給付事業実施要綱第5条により、下記のとおり申請をいたします。                  日常生活用具の給付（貸与）申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p>				
対象者	住 所	電話番号		
	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
	個人番号	性 別		
身体障がい者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
障 がい 名	障 がい 種 別	肢体・視力・聴力・内部・その他 ( )	障 がい 等 級	級
給付（貸与）を受け たい用具の名称	希望の形 式規模等			
給付（貸与）の 希 望 理 由				
希望す る業者	名 称			
	所 在 地			
	電 話	F A X		
該当する所得区分	生活保護 ・ （ 低所得1 ・ 低所得2 ） ・ 一般 ・ 一定所得以上			
世帯範囲の特例に関 する 認 定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 (1) 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 (2) 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			
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。			