様式第１号（第６条第１項関係）

結城市重度障害者等日常生活用具費支給等申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　　年　　月　　日  　　結城市長　　　　　　　　　様  （申請者）  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞  対象者との続柄  電　話  個人番号  結城市重度障害者等日常生活用具費支給事業実施要項第６条第１項の規定により、下記のとおり日常生活用具費の支給等申請をいたします。  日常生活用具費の支給等申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関において調査、照会及び閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | |
| 対 象 者 | 住所 | |  | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | 電　話 | | |  | | |
| 身体障害者手帳  障害名 | | | 手帳番号 | 第　　　　　　号 | 交付年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 障害種別 |  | | | | | 障害等級 |  |
| 障害名 |  | | | | | | |
| 支給等の対象となる用具の名称 | | |  | | | | | | | |
| 希望する日常生活用具事業者 | | 名 称 |  | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | |
| 電 話 |  | | | ＦＡＸ |  | | | |
| 該当する所得区分 | | | 生活保護　・　市町村民税非課税　・　一般　・　一定所得以上 | | | | | | | |
| 世帯範囲の特例に関する認定 | | | □　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。 | | | | | | | |