

様式第1号

日常生活用具給付費支給申請書					
					令和 年 月 日
新冠町長様					
申請者 住所 氏名 (給付対象者との続柄)					
下記により日常生活用具給付費の支給を申請します。なお本申請に関する負担額の決定のため、保健福祉課が私の世帯の課税資料その他の公簿等を閲覧することを承諾します。					
対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所	新冠郡新冠町字			
	身障手帳等並びに障害名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
		障害種別	種	障害等級	級
世帯の状況	氏名	対象者の続柄	生年月日	職業	備考 〔対象者に対する介護の状況等〕
給付を受けたい用具の名称					
給付を希望する理由					
希望する型式規模数量等					
希望する業者名	名称				
	所在地				
	電話		FAX		
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。				
備考					

- (注) 1 この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税または当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。(生活保護を受けている人の場合はその旨についての福祉事務所長の証明書)
- 2 申請者氏名については自署もしくは記名押印とすること。