様式第１号（第４条関係）

日常生活用具給付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　　　年　　　月　　　日  （宛先）岩国市長　様  （申請者）  住　所　山口県岩国市  　氏　名  　個人番号  給付対象者との続柄  　電話番号  　次のとおり日常生活用具の給付を申請します。 | | | | | |
| 給付対象者 | 住所 | 山口県岩国市 | | | |
| ふりがな  氏名 | （個人番号　　　　　　　　　　） | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（満　　　歳） | | | |
| 障害者手帳番号 | 山口県　　　　　　　　第　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 手帳交付年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 障害名 |  | | 障害等級等 | 級 |
|  | | 種 |
| 疾患名 |  | | | |
| 住居の状況 | | 在宅 | 自家　　　　　借家　（貸主の承諾）　有　無 | | |
| 施設入所 | 施設名・種類： | | |
| 申請用具 | 名称 |  | | | |
| 形式等 |  | | | |
| 排泄管理支援用具 | □新規　　　　□継続 | | | |
| 納入業者名 |  | | | |
| 所得区分 | | 生活保護　・　低所得　・　一般　・　一定所得以上 | | | |
| 世帯範囲の特例に  関する認定 | | □　次のいずれにも当てはまるため、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して申請します。  １　税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者（児）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 | | □　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 | |  | | | |