

地域生活支援事業(日常生活用具)給付申請書

令和 年 月 日

交野市福祉事務所長 あて

(申請者)住所

氏名

(対象者との続柄)

電話

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料・税務資料その他について、市担当職員が各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	明・大 昭・平 年 月 日
	個人番号			
	住所 □ 同上			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円未満) <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円以上)	※ 非課税世帯・・・本人または世帯員(本人が18歳以上の場合は配偶者のみ)全員が非課税 ※ 課税世帯・・・本人又は世帯員(本人が18歳以上の場合は配偶者のみ)が市民税課税		
手帳内容	身体障がい者手帳	都道府県(市)第 号	申請中 □ ※1	
		(障がい名※2) ・直腸機能障がい ・ぼうこう機能障がい ・その他()		
	療育手帳	都道府県(市)第 号	(A B1 B2)	
	精神保健福祉手帳	都道府県(市)第 号	(級)	
難病患者	疾病名	診断書添付		
介護保険	非該当 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)			
給付を希望する日常生活用具	<input type="checkbox"/> ストマ用装具(消化器系) <input type="checkbox"/> ストマ用装具(尿路系) <input type="checkbox"/> 紙オムツ 年 月 分 ~ 年 月 分			
日常生活用具の購入先として希望する事業者名				
備考	給付券の送付先: 自宅 ・ 業者 ・ その他() どれかに○を付けてください。			

(ご注意) 今年、または前年の1月1日に交野市以外の市町村に住民票を有していた方は、世帯構成者の所得証明が必要になる場合があります。

※1 身体障がい者手帳の同時申請の場合は□にチェックを入れる。

※2 身体障がい者手帳の記載内容について、そのとおり全文を記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

生活保護移行予防	適 ・ 否
世帯収入状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円未満) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(所得割46万円以上)
月額負担上限額	0円 ・ 24,000円
交付	決定 ・ 却下
備考	