

第1号様式（第5条関係）

日常生活用具費助成申請書

| | | | | | | |
|--|-------------|--|-----|-----------|---------|--|
| (あて先) 日野市長 | | 申請日 年 月 日 | | | | |
| | | (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費の助成申請をいたします。 日常生活用具費の助成申請決定のため、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。 | | | | | | |
| 対 象 者 | 住 所 | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | | | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性 別 | 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 | |
| | | | | | | |
| 助成を受ける日常生活用具名 | | | | | | |
| 判 定 予 定 日 | | | | | | |
| 希 望 す る 日 常 生 活 用 具 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。 | | | | |