

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

大樹町長 様

申請者 住所
氏名 印
(対象者との続柄)
電話番号

以下のとおり申請します。なお、課税資料その他の公簿による確認を了承します

対象者	氏名				男・女	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所					電話番号				
	身体障害者手帳番号	第 号			交付年月日	年 月 日				
	障害名					障害等級	級			
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5			
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	年齢	現年度分市町村民税		備考				
				均等割 (円)	所得割 (円)					
世帯区分	1. 生活保護世帯 2. 町民税非課税世帯 3. 町民税課税世帯									
現在の生活の場所	医療機関、福祉施設等、その他については、機関名、施設名等を記入すること。 1. 在宅 2. 医療機関 () 3. 福祉施設 () 4. その他 ()									
必要な日常生活用具										
主な使用目的										
障害歴 (受傷年月日、再発年月日、入通院医療機関名、治療、訓練内容等を記入) 受傷年月日 年 月 日ごろ 再発年月日 年 月 日ごろ										

注意) この申請書には、用具の見積書及び対象者又はこれを扶養する者の現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。