

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

高知市長 様

住 所 _____

申請者（対象者）氏 名 _____

※対象者が18歳未満の場合は、保護者名を記入してください。

電話番号 _____

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

なお、日常生活用具の給付決定のため、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 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 身体障害者手帳番号 | 県・市 第 号 種 ____級 | 年 月 日交付 | |
| | 療育手帳番号 | 県 第 号 種 A__・ B__ | 年 月 日交付 | |
| | 障 害 名 | | | |
| 給付を受けたい用具の名称 | | | | |
| 希望する業者名 | | | | |
| 該当する所得区分 | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上 | | | |
| 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措置（定率負担減免措置）を希望します。 ※福祉事務所の発行する境界層対象者証明書が必要となります。 | | | |
| 決定の通知方法 (視覚障害等) | 1 支援センターが訪問し、制度及び給付品の説明行う（通知文など持参）。 2 通知文を拡大して郵送 3 郵送 | | | |