

近江八幡市障害児者日常生活用具給付申請書

提出日

〇〇年 〇月 〇日

記入例

近江八幡市役所 事務所長 様

☆太枠内をご記入ください

申請者 住所 近江八幡市〇〇町123番地

氏名 八幡太郎

対象者との続柄 夫

電話番号 0748-〇〇-〇〇〇〇

本人 or ご家族様

18歳未満は保護者

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名	八幡花子		男・女		生年月日	昭和〇年〇月〇日生(〇歳)		
	居住地	近江八幡市〇〇町123番地							
	身体障害者手帳番号	滋賀県第12345号			平成〇年〇月〇日交付				
	障害名	〇〇〇による〇〇機能障害			障害等級	〇級			
	療育手帳番号・ 精神保健福祉手帳番号	県第...号 ...年...月...日交付			知的障害の程度 障害等級	A・B級			
	施設入所希望の有無	希望() 希望しない							
世帯員の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	療育手帳をお持ちの場合は記入ください				
	八幡太郎	同居のご家族を 記入ください。			現在の状況を記入ください。				
	八幡一郎								
	八幡二郎								
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)		浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし		便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用	
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介護を必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 自分でできる		排便	1 他人の介助を必要 2 便器使用 3 自分でできる		移動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (一部、全部) 3 自分でできる	
給付を受けたい用具の名称					希望する型式規模等				
排泄管理支援用具	消化器系ストマ用具、尿路系ストマ用具、 消化器系・尿路系ストマ用具、紙おむつ、その他				必要見込量				
希望する用具納入業者	名称	(株) 〇 〇 〇 〇							
	所在地	購入される業者名							
	電話								
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、申請者のみまた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、子ども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。								
同意欄	税額等の職権調査に同意される方は下記に署名押印してください。その場合は税額等の証明書類の提出は不要です。 日常生活用具の給付を受ける者の負担すべき額の認定のため、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。								
	18歳以上…本人様の名前				氏名 八幡花子				
	18歳未満…保護者様の名前				がでる。				

※氏名を記載し、押印する。 ※施設に入所中の15歳未満の児童の場合は施設の長を申請者とする。