

様式第1号（第3条関係）

日常生活用具給付申請書

年 月 日

幸田町長

申請者 住所 幸田町大字

氏名 ㊟

電話 () -

次のとおり日常生活用具費給付を申請します。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 個人番号：	続柄	本人 配偶者 父 母 子 孫 祖父 祖母 ()	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	手帳	身体障害者手帳・療育手帳 判定書・精神保健福祉手帳	愛知 第 号	年 月 日交付	
	障害等級程度	級			
給付を受けたい用具 の名称	ストーマ用装具 ・ 紙おむつ その他 ()				
給付を希望する理由					
介護の状況	介護者 有 ・ 無 続柄 ()				
同意書（委任状） 月額負担上限額を決定するために、私及び同居家族の課税状況を幸田町長が税務関係当局に調査照会することに同意します。 また、日常生活用具を購入するに要する費用のうち、町長が負担すべき額を直接業者に支払うことを町長に委任します。 <div style="text-align: right;">氏名 ㊟</div>					
世帯員	続柄	町民税	個人番号	町民税所得割額	収入
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
所得区分 月額負担上限額		円	同一月内に日常生活 用具費等給付の有無	有・無 (負担額	円)
利用者負担額		円	公費負担額		円
備考					

障害者とその配偶者、障害児の属する世帯員の内、町民税所得割の最多納税者の納税額が46万円を超える場合、給付対象外

同意書

年 月 日

幸田町長 様

申請者 住所 幸田町大字

氏名 ⑩

この申請の審査に必要な住民基本台帳情報及び市町村民税等に関

する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）、生活保護受給状況、個人

番号（必要に応じ世帯員分を含む。）を確認することに同意します。

日常生活用具給付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

幸田町長

申請者 住所 **幸田町大字藪池字元林1番地1**

氏名 **幸田 太郎**

電話 **(0564) 62 - 1111**

印

次のとおり日常生活用具費給付を申請します。

対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 個人番号： 12345678901	続柄	本人 配偶者 父 母 子 孫 祖父 祖母 ()	
	生年月日	〇年〇月〇日	性別	男 ・ 女	
	手帳	身体障害者手帳 ・療育手帳 判定書・精神保健福祉手帳	愛知 第 12345678 号	〇年〇月〇日交付	
	障害等級程度	直腸機能障害 1 級			
給付を受けたい用具 の名称	ストーマ用装具 ・ 紙おむつ その他 ()				
給付を希望する理由	ストーマ増設のため。				
介護の状況	介護者 有 ・ 無 続柄 (妻) 幸田 花子				
同意書（委任状） 月額負担上限額を決定するために、私及び同居家族の課税状況を幸田町長が税務関係当局に調査照会することに同意します。 また、日常生活用具を購入するに要する費用のうち、町長が負担すべき額を直接業者に支払うことを町長に委任します。 氏名 幸田 太郎 印					
世帯員	続柄	町民税	個人番号	町民税所得割額	収入
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
		課税・非課税		円	円
所得区分 月額負担上限額		円	同一月に日常生活 用具費等給付の有無	有・無 (負担額	円)
利用者負担額		円	公費負担額		円
備考					

障害者とその配偶者、障害児の属する世帯員の内、町民税所得割の最多納税者の納税額が46万円を超える場合、給付対象外

同意書

記入例

〇〇年〇〇月〇〇日

幸田町長 様

申請者 住所 幸田町大字**菱池字元林1番地1**

氏名 **幸田 太郎**

印

この申請の審査に必要な住民基本台帳情報及び市町村民税等に関する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）、生活保護受給状況、個人番号（必要に応じ世帯員分を含む。）を確認することに同意します。