

様式第1

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">日常生活用具費支給申請書</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 0;">豊橋市福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">申請者 居住地</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">(電話 ー)</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">次のとおり、日常生活用具費の支給申請をします。 日常生活用具費の支給申請の決定のため、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、閲覧することに承諾します。</p>				
対 象 者	ふりがな		申請者 との続柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
手帳番号	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳		障害等級 又は 障害程度	種 級
	第 号			
支給を受けたい 用具の名称				
希望する業者	所在地 業者名 代表者名			
支 給 歴	初 ・ 再 (前回 年 月 日)			
現在の住まい の状況※	所 有 区 分	自 宅 ・ 借 家		
	借家の場合 所有者の承諾	貸家に係る住宅改修を承諾します。 住所 氏名 印		
世帯範囲の特例 に関する認定	<input type="checkbox"/> 次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。			
備 考				

※ 居宅生活動作補助用具の設置に伴う小規模な住宅改修を行う場合のみ記入する。