様式第１（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具給付申請書  年　　月　　日  稲沢市長　　　殿  住所  申請者  氏名  電話番号  次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。  利用者負担額の確認のため、申請者及び申請者の世帯員に係る市民税課税台帳を閲覧することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 住所 |  | | | | | | | | 性別 | | |  | | |
| 障害者手帳番号 | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | 年　　月　　日交付 | | | | |
| 障害名 |  | | | | | | | 障害等級又は程度 | | | | | |  |
| 世帯の状況 | 氏　　名 | | | 対象者との続柄 | | 生年月日 | | | | 職業 | | | | 主たる介護者 | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 現在の居住の状況 | | | | １　在宅  ２　施設（施設名：　　　　　　　　　施設所在地：　　　　　　）  ３　入院（医療機関名：　　　　　　　退院時期：　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 給付を受けたい用具の名称 | | |  | | | | 希望する形式  期間等 | | | | |  | | | |
| 給付上特に希望する事項 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| * 本市で課税状況が確認できないときは、この申請書に、対象者又はこれを扶養する者の当該年度（４月から６月申請については前年度）市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。 | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。