

別 記

様式第1号（第5条関係）

日常生活用具給付等申請書

申請日 年 月 日

（宛先）山形市福祉事務所長

（申請者）※児童の場合は保護者の氏名

住 所

対象者との続柄

氏 名

（ ）

電 話

次のとおり申請します。

日常生活用具給付の要否の決定に際して必要があるときは、私の世帯に係る市町村民税課税台帳その他所得状況を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

なお、日常生活用具給付の要否の決定後は、いかなる理由があっても、申請の取下げの申出を行わないことについて同意します。

対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名				個 人 番 号	
	生年月日	年 月 日	性別		電 話	
障がい者手帳の種別		（ 身 体 ・ 療 育 ・ 精 神 ）※該当するものに○を付けてください。				
手 帳 番 号		第 号	交付年月日 （再認定日）		年 月 日 （ 年 月 日）	
障がい名 （疾患名）		※障がい名又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患（難病等）名				
障がい程度等級		（身体 種 級） （療育 A ・ B ） （精神 級）				
市町村民税の状況		課税・非課税の別			所得割額	生活保護等受給の有無
		□ 課 税 □ 非 課 税（裏面記載有り）				有□ 無□
給付を申請する 日常生活用具名						

◎ストーマ装具及び人工鼻申請時記入 （対象月を丸で囲んでください。）

対象期間	4月・5月・6月・7月・8月・9月 10月・11月・12月・1月・2月・3月
希望業者名	

◎世帯の状況の申告について

対象者が18歳以上の場合は配偶者のみ記入してください。（児童の場合は住民票と同じ世帯全員を記入）

対象者 との続柄	氏 名	生年月日	個人番号	市町村民税の状況	
				課税・非課税の別	所得割額
				□ 課 税 □ 非 課 税	
				□ 課 税 □ 非 課 税	

（欄が不足する場合は、裏面に記入してください。）

(裏面)

対象者 との続柄	氏 名	生年月日	個人番号	市町村民税の状況	
				課税・非課税の別	所得割額
				☐ 課 税 ☐ 非 課 税	
				☐ 課 税 ☐ 非 課 税	
				☐ 課 税 ☐ 非 課 税	
				☐ 課 税 ☐ 非 課 税	
				☐ 課 税 ☐ 非 課 税	
				☐ 課 税 ☐ 非 課 税	

◎申請者の収入状況について（世帯の全員が非課税の場合にのみ記入してください。）

申請者の前年（申請日が 1～6 月までの場合は前々年）の収入状況について、次の該当する事項に☑してください。

☐ 下表に記載の収入はない。

☐ 下表に記載の収入がある。

下表の該当する項目に☑し、受けている収入の種類を○で囲んでください。また、その金額のわかる書類（年金振込通知書、通帳の写し等）を添付してください。（※ストーマ装具及び人工鼻の申請時は不要です。）

☐ 年 金	障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、特別障がい給付金、障がいを事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金
☐ 障がい者手当	特別障がい者手当、障がい児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当

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
----------	--

※所得区分認定欄（市使用欄）

課税・非課税世帯の別	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯
非課税世帯の場合 ◎障がい者本人の収入額 ◎障がい児の場合は最多収入者の収入額	課税収入 (円) 非課税収入 (円) 収入合計 《 円》
所得区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得1 ☐ 低所得2 ☐ 一般 ☐ 一定以上
上限自己負担額	☐ 0 円 ☐ 15,000 円 ☐ 24,600 円 ☐ 37,200 円 ☐ 対象外
自己負担額	☐ 上記上限額 ☐ 1 割負担 円
調査者	