

美里町日常生活用具給付等事業 利用申請書兼負担月額減額・免除等申請書

美里町長 殿

次のとおり申請します。



申請年月日 年 月 日

申請者欄(障害者本人(児童の場合の申請者は当該申請に係る児童の保護者))

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	印			
	個人番号				
	居住地	〒 美里町			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
利用児童の氏名			続柄		
利用児童の個人番号					
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
等級	種 級	障害程度	A . B	等級	級
障害名			障害基礎年金の受給の有無	有 . 無	級

申請者と住民票を同じくする世帯員(申請者を除く。)

氏名	個人番号	住民情報同意欄	税情報同意欄	氏名	個人番号	住民情報同意欄	税情報同意欄
		印	印			印	印
		印	印			印	印
		印	印			印	印
		印	印			印	印

本申請に係る決定に当たり、町が、世帯の構成について住民票等公簿により調査することに同意される場合は住民情報同意欄に、世帯員に関する課税状況を税務資料等公簿により調査することに同意される場合には税情報欄にそれぞれ署名(不可能な場合は捺印)をしてください。

住民票等公簿による調査について、世帯全員の同意が得られない場合、世帯全員が記載された住民票(住民票謄本)を添付してください。

税務資料等公簿による調査について、世帯員全員の同意が得られない場合、同意を得られなかった世帯員それぞれの課税証明書を添付してください。

- (1) 本申請に係る決定に当たり、美里町が私の住民情報を住民票公簿により調査すること。
  - (2) 本申請に係る決定に当たり、美里町が私の課税状況を税務資料等公簿により調査すること。
- 以上について同意します。

本人(申請者)同意欄(署名(不可能な場合は捺印))

申請書提出者	申請本人以外(下の欄に記入)		
氏名	印	申請者との関係	
住所	〒 美里町 電話番号		

(裏)

サービス利用の状況

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援の区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ( ) ・ 要介護					1	2	3	4
		利用中のサービスの種類、内容等											
		利用中のサービスの種類、内容等											

申請内容

給付（貸与）を希望する理由												
給付（貸与）を受けたい用具の名称												
給付（貸与）を受けたい用具の数量												
給付（貸与）を受けたい業者	名称											
	住所											
給付（貸与）上特に希望する事項等												
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 他人に介助を必要 2 清拭のみ				排便	1 他人の介助必要					
		3 入浴、清拭ともしない 4 自分でできる					2 便器（携帯用）使用 3 自分でできる					

申請時にカタログを添付していただく用具があります。

負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。（あてはまる番号に をつけてください。）

1. 生活保護受給世帯
2. 町民税非課税世帯（申請者が障害者にあつては、当該障害者及びその配偶者が町民税非課税者に限る。）で、障害者の年収が（又は障害児の保護者の年収が）80万円以下の人
3. 町民税非課税世帯（申請者が障害者にあつては、当該障害者及びその配偶者が町民税非課税者に限る。）で、低所得1以外の人
4. 町民税課税世帯（申請者が障害者にあつては、当該障害者又はその配偶者が町民税を課税されている者に限る。）で、町民税の最多納税者の納税額が46万円未満の人