|  |  |
| --- | --- |
| **日常生活用具**  様式第１号（第４条関係） | **給付申請書** |
| **住宅設備改善費** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　年　月　日  　（宛先）　安曇野市長  （申 請 者）  住　　　所  氏　　　名  対象者との続柄（　　　　　　）  電　　　話　　　　（　　　）  下記により日常生活用具・住宅設備改善費の申請をいたします。  日常生活用具・住宅設備改善費申請の決定のため、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、閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | | |
| 対　象　者 | フリガナ |  | | | 性別 | | 生年月日 | | | | 年齢 |
| 氏　　名 |  | | | 男・女 | | 年　　月　　日 | | | | 歳 |
| 住　　所 |  | | | | | | 電話  FAX | |  | |
| 身体障害者手帳 | | 番　号 | 第　　　　　　　号  （　　　　年　　　月　　　日交付） | | | | | | | | |
| 障害名 | 種　　級 | | | | | | | | |
| 用具の種目 | |  | | | | 形式規模等 | | |  | | |
| ストマ用装具（消化器系・尿路系）・紙おむつ・埋込型人工鼻  （　　年　月　～　　　年　月　） | | | | | | | | | |
| 住宅設備改善内容 | |  | | | | | | | | | |
| 該当する所得区分 | | * 市民税課税世帯 | | * 一定所得以上（世帯員のうち市民税所得割の納税額が46万円以上）※給付対象外となります | | | | | | | |
| * 一般 | | | | | | | |
| * 市民税非課税世帯 | | | | | | | | | |
| * 生活保護受給世帯 | | | | | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | | | |