

日常生活用具 住宅設備改善費 給付申請書

申請日 年 月 日

（宛先） 安曇野市長

（申請者）
住 所
氏 名 印
対象者との続柄（ ）
電 話 （ ）

下記より日常生活用具・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	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		<input type="checkbox"/> 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		
			<input type="checkbox"/> 一般		
	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯				
<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯					
備 考					