|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |