

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

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			
		ストマ用器具（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					