

様式第1号（第4条関係）

申請日 年 月 日

日常生活用具給付申請書

宮古島市長 殿

(申請者)

住所

氏名

個人番号

電話

下記のとおり日常生活用具の給付を申請いたします。

日常生活用具の給付申請の決定のため、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 (児)	住所						
	氏名			生年月日			
	性別				電話番号		
	施設入所希望の有無				1 希望する 2 希望しない		
	身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日			
		障害種別	種		障害等級	級	
	障害名						
	疾患名						
世帯 の 状 況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考(対象者・児に対する介護の状況等)		
			・				
			・				
給付を受けたい用具名					希望する業者名		
給付を希望する理由							
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家					
	便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用					
現在の介護の状況	入浴	1 介護必要 2 清拭のみ 3 入浴清拭共していない 4 自分でできる					
	排便	1 介護必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる					
	移動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 (一部・全部) 3 自分でできる					
該当する所得区分		生活保護・(低所得1・低所得2)・一般・一定所得以上					

<p>世帯範囲の特例に関する認定</p>	<p><input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。</p> <p>1、税法上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としない。</p> <p>2、健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。</p>
<p>生活保護への移行予防措置に関する認定</p>	<p><input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減額措置）を希望します。</p>