

様式第1号の1 (第4条関係)

日常生活用具 給付申請書				番号 (更生指導番号等) ※ — —	
取手市福祉事務所長 殿				年 月 日	
申請者 住 所 取手市				印	
氏 名				(対象者との続柄)	
対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	取 手 市			
	手 帳 番 号	第 号		年 月 日交付	
	障 害 名			障 害 等 級	級
	疾 病 名				
給 付 を 受 け たい 用 具 の 名 称		型 式 規 模 等		状 況	1 保有している 2 保有していない
希 望 す る 業 者 名			給 付 を 希 望 す る 理 由		

所得の状況

世帯区分				負担区分	
<input type="checkbox"/> 被保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 (本人の年金等収入額 ¥ 円) <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯				<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 非該当	
世帯 構 成 員 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	市町村民税課税の有無	
		対象者		有 ・ 無	
				※ 無の場合は年金等収入額(¥)	
				有 ・ 無	
				有 ・ 無	
			有 ・ 無		
			有 ・ 無		

備考 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。