

塩尻市日常生活用具給付申請書

年 月 日 (あて先) 塩尻市長 申請者 住 所 氏 名 対象者との続柄 電 話 次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。										
					対 象 者	フリガナ			生年月日	年齢
						氏 名				
						住 所			電話番号	
身体障害者手帳又は 精神障害者保健福祉 手帳		番号								
		障害名								
療育手帳		番号								
種目				型式 規模等						
希望する業者										
該当する所得区分										
世帯範囲の特例に関する認定		☐ 次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、対象者のみ又は対象者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、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ていない 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								
生活保護への移行予防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。								
世 帯 状 況 及 び 課 税 状 況 調 査		私及び世帯員の 年度市民税課税資料を、負担上限月額区分確認のため職員が閲覧することに同意します。(世帯員全員記入してください。なお、氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)								
		対象者氏名		印						
		世帯員氏名	印	世帯員氏名	印					
		世帯員氏名	印	世帯員氏名	印					