様式第１号（第４条関係）

塩尻市日常生活用具給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  （あて先）塩尻市長    　　住　所  申請者　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 | | | | | | |