

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

（宛先）松阪市福祉事務所長

申請者（住所）

 （氏名）

 （続柄）

 （電話）

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。また、給付の決定に必要な私（必要に応じ、世帯分を含む）の市税等に関する情報その他について、市が調査、照会又は、閲覧することに同意します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	障害名		障害等級	
療育手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	
			総合判定	
給付を受けたい用具の名称				
希望する業者				
添付書類	<input type="checkbox"/> 見積書（カタログ） <input type="checkbox"/> 医師意見書（※ ¹ ）			
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 ※ 福祉事務所（生活保護担当課）が発行する境界層対象者証明書が必要です。			

※¹ 医師意見書は、頭部保護帽、暗所視支援眼鏡、ネブライザー（吸入器）、電気式たん吸入器、動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、人工呼吸器用自家発電機等を申請する際に必要となる場合があります。詳しくは、障がい福祉課へお問い合わせください。

※ 申請～給付決定まで1週間程度かかります。時間に余裕をもって申請してください。

*市記入欄

該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 一定所得以上
----------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	---------------------------------