

上尾市障害者等日常生活用具給付(修理)申請書

上尾市長		申請年月日 令和 年 月 日							
申請者		氏 名							
		対象者との続柄							
日常生活用具の給付(修理)について、次のとおり申請します。 なお、日常生活用具の給付(修理)の決定のため、私が属する世帯の住民登録資料、税務資料に係る事項について関係各機関に照会し、若しくは調査を依頼し、又は当該関係各機関が保有する当該資料等を閲覧することについて、承諾します。									
対象者	住 所	上尾市							
	フリガナ								
	氏 名								
	生 年 月 日	明治	大正	昭和	平成	令和	TEL/FAX	—	—
身体障害者手帳の番号及び等級		第		号(		年 月 日交付)		級 種	
障害の名称 (○を付けるかご記入ください)		直腸機能障害、 人工肛門		膀胱機能障害、 人工膀胱		下肢障害、体幹機能障害、脳性麻痺			
		その他()							
給付・修理を受ける日常生活用具名 (○を付けて下さい)		ストーマ装具 (消化器系)		ストーマ装具 (尿路系)		紙おむつ			
		令和 9 年度		4 月分～9 月分		1 0 月分～3 月分		担当 使用欄	2 穴
希望する業者 (名称、所在地、電話、FAX)									
該当する所得区分		生活保護		市民税非課税世帯		市民税課税世帯			
市 使用 欄	世帯範囲の特例に関する認定	☐ 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。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。							
	備考	見積依頼書取扱 ☐ 申請者が業者に市へ見積書送付依頼を行う ☐ 申請受理者がFAX送信 ☐ 申請受理者が申請者に見積依頼書を渡した。 ☐ 地区担当者へ対応依頼 ☐ 業者が決まっていない。 ☐ その他()							