

伺	障害福祉課	課長	補佐	課員	担当
	令和				

次のとおり給付・修理を決定してよろしいか。

日常生活用具〔給付・修理〕申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

申請者 住所
氏名

個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

対象者との続柄 ()

日常生活用具「 」の〔給付・修理〕を申請します。

対 象 者	ふりがな											男 女	生年月日								
	氏名												年 月 日生								
	個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	住所	〒										電話					—				
	身障者手帳番号	第	号	種	級	療育手帳	A	精神手帳	1	級											
	障害名 <small>(手帳の記載どおり記入してください。)</small>																				
疾患名 <small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)</small>																					

世 帯 の 状 況	氏	名	続柄	生年月日	職業(勤務先)
			世帯主		

生 活 状 況	現在の状態 (○印をつける)	歩行	入浴	文字利用	生活の場所
	自分でできる				1. 自宅
	できない (一部介助が必要)				2. その他
	〃 (全部 〃)				()

承諾書

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

年 月 日

日常生活用具の給付・修理に必要な住民登録・税関係書類の調査をされても、異議は申し立てません。

本人氏名 _____ (署名又は記名押印)

世帯員氏名 _____ (署名又は記名押印)

〃 _____ (署名又は記名押印)

〃 _____ (署名又は記名押印)

(裏面もご覧ください)

備考 1 該当する□の中にレ印を付けてください。

月額負担上限額の減免に関する申請	
<input type="checkbox"/>	<p>月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)</p> <p>1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの</p> <p>※18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。</p>

- 2 事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 3 品名・単価のわかる見積書とカタログを添付してください。

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ()	代理権確認	法定・委任状・本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証 (国保・後期高齢・介護) ・ 学生証 ・ その他 ()		