

日常生活用具費助成金交付申請書

令和 年 月 日

柏市長 太 田 和 美 あて

氏 名
(対象者が18歳未満の場合は保護者)

住 所

TEL (FAX)

下記のとおり，日常生活用具費の助成申請をします。

対象者（児）氏名	生年月日		年 月 日
住 所			
障害者手帳	身体障害者手帳 種 級 障害名：	療育手帳 障害の程度：	精神障害者保健福祉手帳 級
手帳番号	号	号	号
交付年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入を希望する 用具の名称・形式			
希望する事業者名	※見積書を添付してください。 □見積書後日		
＜備考＞			
※施設入所の場合：施設名			

世帯調書

生活保護の受給 有・無

☐ 負担上限月額を決定するにあたり，世帯状況，課税状況，収入状況，その他必要な事項に関して調査を行うことに同意します。

☐ 市町村民税の額を確認できる書類を添付します。（転入等により柏市で課税状況を確認できない場合）

☐ 生活保護受給証明書を添付します。（生活保護世帯の場合）

	氏名	生年月日	続柄	市民税（柏市確認用）	
				所得割	均等割
世帯員（注）			本人		

注）対象者が18歳以上の場合は本人及び配偶者