

日常生活用具費助成金交付申請書

年 月 日

柏市長 太田和美 あて

氏名

(自署又は記名押印。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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> 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(柏市確認欄) | |
|--------|----|------|----|------------|-----|
| | | | | 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