

八代市障害者地域生活支援事業（日常生活用具）給付申請書

（あて先） 八代市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	個人番号					
	居住地					
		電話番号				
利用申請に係る 障害児氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
				続柄		
個人番号						
本人の状況	在宅 ・ 入所 ・ 入院		施設・病院名			
現在の住まいの 状況（在宅の場合）	自宅 貸家 （貸主の承諾）	入浴状況		他人の介助が必要 ・ 清拭のみ 入浴清拭ともしない 自分でできる		排便状況
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	第 号		交付年月日	年 月 日	
	障害等級	種 級		<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	障 害 名					
疾患名	（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）					
療育手帳	手帳番号	第 号		交付年月日	年 月 日	
給付を受ける 用具名称						
希望する業者名	<input type="checkbox"/> 別紙、提出見積書のとおり。					
※「別紙、提出見積書のとおり。」 にチェックした場合は、記入不要。	※	名称				
		所在地				
		電話			FAX	

日常生活用具の給付に関する審査のために私及び私の世帯員の所得状況について、必要な範囲で八代市が公簿等を確認することに同意します。

氏名 _____

所得区分	要件（世帯の収入状況）	負担上限月額	備考（付属提出書類等）
生活保護	生活保護世帯	0円	生活保護証明書
低所得	市民税非課税世帯	0円	
一般	市民税課税世帯（所得割課税額：46万円未満）	37,200円	所得割課税額が46万円以上の場合 は、支給の対象外になります。