

申請番号 第 号 年 月 日

弥彦村長

申請者（対象者・児童の場合は保護者）

住所 弥彦村

氏名 印

電話 対象者との続柄

日常生活用具給付申請書

下記により日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	弥彦村	電話番号	
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	障害名	級	部位等級	
特定疾患医療受給者証 ※未受給者は、別途診断書が必要。	受給者番号		交付年月日	年 月 日
	疾患名			
	症状			
給付を希望する理由				
該当する所得区分（※）	生活保護 ・ 非課税 ・ 課税 ・ 一定所得以上			
給付を受けたい用具の名称				
希望する型式		給付上特に希望する事項		

※該当する所得区分

非課税・・・市町村民税非課税世帯

課税・・・市町村民税課税世帯（障害者が18歳未満の場合）

障害者本人またはその配偶者が課税の場合（障害者が18歳以上の場合）

一定所得以上・・・障害者本人または世帯員のうち、市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上