

盛岡市重度障害者等及び難病患者日常生活用具給付申込書 兼 月額上限負担額減額申込書

盛岡市長 内 舘 茂 様

令和 年 月 日

日常生活用具の給付を受けたいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|---------|-------|--|------|
| 申 込 者 (十八歳未満の児童 の場合は保護者) | フリガナ | モリオカ タロウ | | 生年月日 | 昭和43年 2月 1日 | |
| | 氏 名 | 盛岡 太郎 | 印 | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 住 所 | 〒 020-8530 盛岡市内丸 12 番 12 号 | | 電話番号 | 019 - 651 - 4111 | |
| フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 申込に係る 児童氏名 | | 個人番号: | | 続 柄 | | |
| 身体・知的・精神 障害者手帳 | | 盛岡市第 90000 号 | | 交付年月日 | 平成 1 年 2 月 3 日 | |
| 障 害 名 | | 頸椎損傷による両下肢機能障害 | | | 障 害 等 級 | 1種1級 |
| 世 帯 の 状 況 | 氏 名 | 続 柄 | 生 年 月 日 | 職 業 | 市町村民税 課税状況 | 押印欄 |
| | 盛岡 太郎 個人番号: ○○○○○○○○○○○ | 本人 | S43.2.1 | 自営業 | <input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税 | 印 |
| | 盛岡 花子 個人番号: ○○○○○○○○○○○ | 妻 | S47.6.5 | 無職 | <input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税 | 印 |
| | 個人番号: | | | | <input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税 | 印 |
| | 個人番号: | | | | <input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税 | 印 |
| | 個人番号: | | | | <input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税 | 印 |
| 日常生活用具給付に係る月額負担上限額算定のため、必要に応じて課税台帳及び障害福祉サービス費に係る「世帯状況・収入・資産等申告書」の閲覧を行うことに同意します。 | | | | | | |

| | | | |
|----------------|------|--------------------------|--------------------|
| 支給を希望する理由 | | 日常生活の向上に資する。 | |
| 生活状況 | | 在宅 ・ 入院中 () ・ 施設入所中 () | |
| 希望する用具名 | | 移動・移乗支援用具 | 希望する用具の 形式, 規模等 |
| 希望 する 業者 | 事業者名 | 給付(貸与)上 特に希望する事項 | |
| | 住 所 | | |

- 備考 1 希望する用具の見積書(点字図書については点字図書発行証明書)及び仕様がわかるもの(カタログ等)を添付すること
- 2 入浴補助用具, 便器, 特殊便器, 居宅動作補助用具の給付を希望する場合は, 別紙調査書を添付すること
- 3 月額負担上限額の減額認定, 生活保護への移行防止措置を希望する場合は, 裏面に記入すること。

<月額負担上限額の減額認定>

- 日常生活用具費給付に係る月額負担上限額について、次のとおり適用を申し込みます。
(あてはまるものに○)

| 条 件 | 月額上限額 |
|--------------------------|-------|
| 1. わたしは生活保護受給世帯に属している。 | 0円 |
| 2. わたしは市町村民税非課税世帯に属している。 | 0円 |

- ※ ただし、転入者の方は、以前の居住地で発行される市町村民税課税（非課税）証明書の添付が必要な場合があります。
- ※ ここでいう「世帯」とは、日常生活用具を利用する本人が18歳以上の場合は、「利用者及びその配偶者（配偶者がいない場合は利用者本人のみ）」を「世帯」とします。
日常生活用具を利用する本人が18歳未満の場合は、住民票に記載された世帯とします。

<生活保護への移行予防措置に関する認定>

- 月額負担上限額を引き下げることにより、生活保護の適用対象でなくなりますので月額負担上限額の引き下げの適用を申し込みます。

備考 事実関係を確認できる書類を添えて申し込むこと