

日常生活用具(ストマ装具・紙おむつ)費支給申請書

(あて先) 稲城市長 殿 (申請者) 住所 稲城市 _____ 氏名 _____		申請日 平成 年 月 日		
対象者との 続柄 _____		電話 042- _____		
下記のとおり日常生活用具費の支給申請をいたします。日常生活用具費の支給申請の決定のため、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	住所	同上・稲城市		
	氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別 男・女
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	昭・平 年 月 日
	障害種別		障害等級	種 級
障害名	脳性まひ・直腸機能障害・ぼうこう機能障害			
購入を受ける日常生活用具名	紙おむつ・畜便袋・畜尿袋 (年 月分から 年 月分)			
希望する日常生活用具業者	別紙見積書のとおり	希望する支給方法	代理受領	
該当する所得区分	生活保護・非課税・課税・一定以上			
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯でなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			

調査書

※ 以下、職員記入欄

世帯員の状況	氏名		年齢	対象者との続柄	課税状況		
					課税区分	市民税所得割額	
					課税・非課税	円	
					課税・非課税	円	
非課税世帯の場合	所得	障害年金	手当	その他	合計		
					円		
世帯区分	生活保護・非課税・課税・一定以上						
基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額	月額上限額			