

## 東松山市障害者等日常生活用具給付・貸与申請書兼利用者負担額減額申請書

令和5年4月1日

申請書記入日を記載

東松山市福祉事務所長 宛て

申請者 住所 東松山市松葉町1-1-58

氏名 松山 太郎

18歳以上は、障害者本人

18歳未満は、保護者名を記載

対象者との続柄 本人

電話番号 0493-21-1452

以下のとおり、日常生活用具の給付(貸与)を受けたいので申請します。

私は、日常生活用具の利用者負担額算定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他給付決定に必要な資料について、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	東松山市松葉町1-1-58		
	フリガナ	マツヤマ タロウ	生年月日	昭和24年4月3日
	氏名	松山 太郎	個人番号	1234 5678 9012
障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ) <input type="checkbox"/> なし			
	手帳番号	埼玉 都道府 市 第 123456 号	障害等級 又は程度	2級
	身体障害 の種別	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡機能 <input type="checkbox"/> 音声言語 <input type="checkbox"/> そしゃく <input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由 ( <input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 内部 ( <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他 )		
難病等疾患名	※ 特定疾患がある場合は記載			
希望する用具名 ・型式等	入浴補助用具 (シャワーチェア) AB-1234			
希望する業者	業者名	株式会社〇〇〇医療器械		
	所在地	東松山市松葉町1-1-1		
	電話番号	0493-〇〇-〇〇〇〇	F A X	0493-〇〇-△△△△
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上			
生活保護への移行 予防措置に関する 認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。			