

伊達市日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛名)伊達市健康福祉部長

申請者

住所 伊達市

氏名

※対象者との続柄 夫・妻・父・母・その他()

電話番号

次により日常生活用具給付(貸与)を申請します。

対象者	氏名	個人番号:	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	伊達市			
	手帳番号	身体・療育・精神第 号	年 月 日交付		
	障がい名	※手帳の写しの添付があれば記入不要			
給付(貸与)を受ける用具名					
希望する事業所					
該当する所得区分		生活保護 ・ 非課税 ・ 課税Ⅰ ・ 課税Ⅱ			
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はなく、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、子ども等が障がい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、子ども等の被扶養者となっていない。			
備考					

注意

- この申請書には、今年度分(申請日の属する月が4月から6月の場合は前年度)市町村民税の課税額を証明する資料を添付すること。ただし、下部同意書に氏名を記載した場合はこの限りではない。
- 様式中給付又は貸与の字句の不要の方を抹消すること。

同意書

上記申請書の提出にあたり、伊達市が私の住民基本台帳、住民税課税台帳等、調査に必要な公簿を閲覧することに同意します。

氏名
氏名
氏名
氏名

氏名
氏名
氏名
氏名

※世帯全員の同意が必要になります。