様式第１号

日常生活用具　給付申請書

　年　　　月　　　日

(あて先)川口市社会福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | | | 生　年　月　日 | | | 年齢 |
| フリガナ | |  | | 年　　　月　　　日 | | | 歳 |
| （児童保護者名） | |  | |
| 個　人　番　号 | |  | | | | | |
| 給付を希望する用具の名称・形式等 | |  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| 給付を希望する理由(具体的に) | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 希望する用具の  業者  （見積書が必要です） | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 電話 |  | | | | | |
| 該当する所得区分  該当する欄に○を付けてください。 | | 生活保護 | 市民税非課税 | | 市民税課税 | | |
| 生保世帯に属する | 低所得 | | 一　般 | 一定所得以上 | |
| 課税世帯 | 所得割  ４６万円以上 | |
| 月額上限負担額 | | ０円 | ０円 | | 37,200円 | 非該当 | |

（注１）介護保険、労災等の給付が優先されます。

（注２）市民税が課税されていて、寡婦控除のみなし適用（未婚の父・母であり、現在も婚姻をしてい

ないかたで一定の条件を満たす場合）に該当するかたは申出書を提出してください。