

様式第1号（第6条関係）

日常生活用具給付申請書

年 月 日

恵那市福祉事務所長 様

申請者

住所 恵那市

氏名

個人番号

対象者との続柄（ ）

電話

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具給付の決定のため、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					
	フリガナ 氏 名	(個人番号 )				
	生年月日				電話	
	障害者手帳	種 別	身体・療育・精神	手帳番号		
		障害等級 又は程度		交付年月日	年	月 日
障 害 名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 直腸機能障がい <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障がい					
疾 患 名	<small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)</small>					
給付を受けたい 用具の名称	<input type="checkbox"/> ストマ装具 <input type="checkbox"/> 紙おむつ		希望する 形式規模等			
希望する業者						
給付上特に 希望する事項	※ 年 月 ~ 年 月分					
備 考	(紙おむつ) <input type="checkbox"/> 提出済みの調査票と現況に変化ありません。					
該当する所得区分	1.生活保護 2.非課税 3.一般 4.一定所得以上					

## 〈日常生活用具の所得区分に関するチェックシート〉

- 日常生活用具を申請する方が 18 歳以上 の場合
  - 1 申請対象となる「障がいのある方及びその配偶者」のうち、市町村民税所得割合の最多納税者の納税額が、46 万円を超える場合は以下の設問に関係なく「一定所得以上（支給対象外）」に○をしてください。
  - 2 申請対象となる「障がいのある方及びその配偶者」は、生活保護の認定を受けていますか。
    - 受けている：「生活保護」に○をしてください。
    - 受けていない：3 へ
  - 3 申請対象となる「障がいのある方及びその配偶者」は市町村民税が課税されていますか。※1
    - 課税されていない：「非課税」に○をしてください。
    - 課税されている：「一般」に○をしてください。

- 
- 日常生活用具を申請する方が 18 歳未満 の場合※2
    - 1 申請対象者となる方の属する「世帯」のうち、市町村民税所得割額の最多納税者の納税額が、46 万円を超える場合は以下の設問に関係なく「一定所得以上（支給対象外）」に○をしてください。
    - 2 申請対象者となる方の属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
      - 受けている：「生活保護」に○をしてください。
      - 受けていない：3 へ
    - 4 申請対象となる方の属する「世帯」は市町村民税が課税されていますか。※1
      - 課税されていない：「非課税」に○をしてください。
      - 課税されている：「一般」に○をしてください。

上記で該当する区分に○をしてください。

区分	生活保護	非課税	一般	一定所得以上
チェック欄				
負担限度額	0 円	0 円	37,200 円	支給対象外

### 注意事項

※1 設問中の市町村民税とは均等割か所得割のいずれか又は両方。

※2 18 歳未満の設問中の世帯とは申請される方が属する住民基本台帳上の世帯全員をいいます。