|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具費給付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）小金井市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 日常生活用具費の給付について、小金井市地域生活支援事業の実施に関する規則第１４条第１項の規定により下記のとおり申請します。  　この制度を利用するに際し、所得税、住民税、介護保険のサービス受給状況等の確認が必要なときは、公簿等により確認を行うことに同意します。  記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申　請　者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 氏　名 |  | | | |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 居住地 | 小金井市　　　　　町　　丁目　　番　　　　　号  電話番号（　　　）　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 申請に係る  障害児氏名 | |  | | | |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 続　　柄 | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | 障害者手帳等 | | 手帳番号 | | |  | | | 交付年月日 | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | 障害種別 | | | 身体・知的・精神・  難病等（疾病名　　　　　） | | | 等級・程度 | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | 給 付 内 容 | 種　目 | | | | 内　容 | | | 金　額 | | | | | | 備　考 | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | 希望する業者 | 住　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 業者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 電　話 | | | （　　　）　　― | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 該当する所得区分 | | | □　生活保護世帯又は支援給付受給世帯 □　市区町村民税非課税世帯  □　市区町村民税課税世帯　　　　　　□　一定所得以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請書提出者 | | □申請者本人　　□申請者本人以外（下欄に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | フリガナ | |  | | | | | 申請者との関係 | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | 氏　名 | |  | | | | |  |
|  | 住　所 | | 電話番号（　　　）　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |