（様式第１号）

日常生活用具・住宅設備改善給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　年　　月　　日  豊島区長  　下記のとおり日常生活用具・住宅設備改善の給付申請をいたします。  　また、利用者負担額の決定のため、私の世帯の状況及び税情報等に関する調査に同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（保護者） | 住　　所 | | 豊島区 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電　　話 | |  | | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 申請に係る児童 | 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 個人番号 | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳 | | | 手帳番号 | | | | | 第　　　　　　　号 | | | | | | | | | 交付年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 愛の手帳 | | | 障害名 | | | | |  | | | | | | | | | 障害等級 | 種　　　　　　級 |
|  | | | 障害程度 | 度 |
| 難病 | | | 疾患名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 給付を希望する  用具・設備改善名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望する  給付業者 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | | | | FAX |  |
| 該当する所得区分 | | | 生活保護　　　・　　　低所得　　　・　　　一般　　・　　　一定所得以上 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　付　印 | | | | * 備　　　　　考 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 収受番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付担当者 | | | |
|  | | | |

（裏面に続く）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 申請者との関係 | 区市町村民税の課税状況 |
| 障害者（児） |  | 本人 | □課税　　　□非課税 |
| 世 帯 員 |  |  | □課税　　　□非課税 |
|  |  | □課税　　　□非課税 |
|  |  | □課税　　　□非課税 |
|  |  | □課税　　　□非課税 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | ※申請者（本人）以外の方が提出する場合のみ記入してください。 | | |
| 氏　　　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | |