様式第１号の１表面（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 豊田市障がい者日常生活用具給付等申請書  　　年　　月　　日  豊田市長　様  申請者（対象者が満１８歳未満の場合は保護者）  住　　所  氏　　名  個人番号  対象者との続柄（　　　　　　　　　　　　）  次のとおり日常生活用具の給付を申請します。なお、自己負担額の算定に必要な場合は、豊田市において市  民税等に係る公簿の閲覧（世帯員分を含む。）及び関係機関に対し調査、照会又は閲覧をすることに同意します。 | | | | | | | |
| 対象者 | フリガナ |  | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 |  | | | 年 　　月 　　日  （　　　歳） | | |
| 個人番号 |  | | 電話番号 | （　　　　）　　― | | |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 身体障がい者  手帳番号 | | 市･県　第 　　　　　　　号 | | | 障がい等級 | 級 |
| 障がい名 | |  | | | | |
| 療育手帳番号 | | 第　　　　　　　　号 | | | 判　　　定 |  |
| 精神障がい者保健福祉手帳番号 | | 第　　　　　　 　 号 | | | 障がい等級 | 級 |
| 指定難病名 | |  | | | | |
| 給付等を受けたい  用具の名称 | | |  | 業者名 |  | | |

* 市 記 入 欄　　　□手帳該当　　□難病該当

|  |  |
| --- | --- |
| 添付確認 | □見積書　□カタログの写し（紙おむつ、ストーマ装具、寝具（貸与）、寝具クリーニングを除く）  □医師の意見書（種目を確認し、意見書の添付を要する場合のみ（福祉の制度で確認））  □医師の診断書（難病要件に該当する場合のみ） |
| 窓口確認 | □購入前　□耐用年数経過（再購入の場合のみ）　□入院、入所中ではない |
| □介護保険対象者ではない（◎の種目） |

（受付者：　　　　　　　　　）　　　（担当：　　　　　　　　　）

様式第１号裏面（第４条関係）

調　　　　　査　　　　　書

注意　太枠内のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世　　　　帯　　　　員　　　　の　　　　状　　　　況 | 氏　　　名  （ 個 人 番 号 ） | 続柄 | 市民税  課税状況 | 所　得　割　額 | 備　考 |
| （　　　　　　　　　　） | 本　人 | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |

※市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 世　帯　区　分 | 生保　　　低所得　　　一般　　　一定所得以上 |
| 負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　 　　　円 |
| 自　己　負　担　額  （ １ 割 ） | 円 |
| 同月内申請に係る  決定済自己負担額 | 円 |
| 今回決定自己負担額 | 円 |