様式第１号

日常生活用具費支給等申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）千葉市長

（申請者）
住所
氏名　　（※）
（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
対象者との続柄
連絡先電話番号　　－　　－
ＦＡＸ　　－　　－
連絡先電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　@

下記のとおり日常生活用具費の支給等の申請をいたします。

対象者	住所					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年　月　日	性別		個人番号	
	連絡先電話番号	□申請者と同じ			ＦＡＸ	□申請者と同じ
	連絡先電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	@				□申請者と同じ
身体障害者手帳等	手帳番号	第　号			交付年月日	年　月　日
	障害種別	種			障害等級	級
	障害名					
対象となる疾患名	（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）					
日常生活用具名						
希望する日常生活用具業者	名　称					
	所在地					
	電　話				ＦＡＸ	
該当する所得区分	□生活保護　□非課税　□一般　□一定所得以上					
対象者が属する世帯の状況	氏名				氏名	
	個人番号				個人番号	
	氏名				氏名	
	個人番号				個人番号	
	氏名				氏名	
	個人番号				個人番号	
生活保護への移行予防措置に関する認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					

この申請にあたり、利用者負担額の算定のため、対象者（対象者が障害児の場合は保護者）が属する世帯の市民税の課税状況及び所得の状況について、千葉市が必要な範囲で調査・確認することに

１　同意します　　２　同意しません　　（いずれかに〇をしてください）

なお、当該身体障害者等の「属する世帯」とは

①対象者が18歳以上の障害者である場合は、障害者本人及び配偶者になります。

②対象者が18歳未満の障害児である場合は、生計中心者を含め世帯全員になります。