

日常生活用具費助成申請書

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 _____）

住 所 浜松市 _____

氏 名 _____

（対象者との続柄）

電話番号（ _____ ） _____

下記により日常生活用具費の助成を申請します。

対 象 者	ふりがな			生年月日	年	月	日	
	氏 名							
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
	身体障害者手帳	浜松市・静岡県・（ _____ ） 第 _____ 号						
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由（上肢・下肢・体幹） <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声言語障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					等級	級
		療 育 手 帳					程度	A・B
	難病等患者	疾患名						
症 状								
介護保険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（ _____ 年 月） <input type="checkbox"/> 該 当（要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5）							
日 常 生 活 用 具 名	申請用具							
	※居室生活動作補助用具（住宅改修）又は防災支援用具を申請する場合は裏面も記入してください。							
申請理由	<input type="checkbox"/> 要綱の対象要件に該当するため <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> その他（以下に記入してください。） [_____]							
承諾	<input type="checkbox"/> 日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。							

※申請の際には、見積書、用具の外観や機能がわかるもの（カタログ等）、及び課税証明書（浜松市で所得区分が確認できない場合）を添付してください。

