

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

米沢市長 様

〒992-

申請者 住 所

氏 名

対象者との関係 ()

連絡先 ()

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。

日常生活用具の給付の決定のため、私の住民登録資料、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。

対象者	フリガナ			住所	□申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ (男・女)			生年月日	連絡先	□申請者と同じ
身体障害者手帳	手帳番号	県第	号	障害名			
	交付年月日	年	月 日				
	種別等級	種	級				
給付を申請する日常生活用具の種目				業者名			

※注意事項：申請者欄及び太線内のみを記入し、他は記入しないで下さい。

調査書

受給者	氏 名	市民税課税の有無	市民税所得割の額	受給者本人の収入額 (市民税非課税の場合)
	対象者本人	無・有(均等割・所得割)	円	円
		無・有(均等割・所得割)	円	/
		無・有(均等割・所得割)	円	

生活保護世帯	市民税非課税世帯 本人収入≤80万円	市民税非課税世帯 80万円<本人収入	市民税課税世帯 所得割額<50万円	市民税課税世帯 50万円≤所得割額	
	低1	低2	一般	非該当	
日常生活用具概算額	円	公費負担概算額	円	自己負担概算額	円
上記のとおり確認しました。 令和 年 月 日 調査員名					