

別 記

第 1 号様式 (第 6 条第 1 項)

浦安市障がい者等日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
対象者との続柄
電話番号

日常生活用具の給付等を受けたいので、浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則第 6 条第 1 項の規定により申請します。

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日	(歳)								
	氏 名											
	住 所											
	個 人 番 号											
	身体障害者手帳			療 育 手 帳								
	精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳			難病名(疾病名)								
給付を受けたい日常生活用具の名称												
日常生活用具取扱事業者名												
居 宅 生 活 動 作 補 助 用 具	住 宅 の 状 況											
	改修する場所											
	改修する理由											

裏面もご記入ください

同意署名欄

日常生活用具の給付等の申請に当たり、以下の事項について同意するので署名します。

- 1 費用の負担に必要な市町村民税課税状況に関する事実（同一世帯かつ同一生計者のものを含む。）について、市が保有する情報により確認すること。
- 2 介護保険法第9条第2号に規定する第2号被保険者にあつては、同法第45条第1項の規定による居宅介護住宅改修費の支給又は同法第57条第1項の規定による介護予防住宅改修費の支給が完了していること、及び当該支給額について、市が保有する情報により確認すること。

年 月 日

世帯代表者氏名

(別世帯で同一生計者がいる場合) 別世帯代表者氏名

備考

- 1 日常生活用具の種目及びその価格が記載された見積書（当該日常生活用具の給付が取付工事を伴うものであるときは、併せて当該取付工事に要する費用の額が記載されたもの）並びに日常生活用具の概要が分かる資料（カタログ等）を添付してください。
- 2 指定された日常生活用具の給付等の場合は、医師の意見書を添付してください。
- 3 正弦波インバーター発電機、ポータブル電源（蓄電池）又はDC/ACインバーターの給付については、別に定める性能要件に該当するもののみとします。
- 4 居宅生活動作補助用具の給付等の場合は、次に掲げるものを添付してください。
 - (1) 工事計画書（別記第2号様式）
 - (2) 工事図面
 - (3) 工事見積書
 - (4) 家屋所有者の改修工事承諾書（別記第3号様式）
- 5 点字図書の給付を受けようとするときは、出版施設が発行する点字図書発行証明書添付してください。
- 6 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分）のもの）を添付してください。ただし、市が保有する情報により確認することに同意した場合は、不要です。