

別記様式第1号（第7条関係）

申請番号第 号

年 月 日

（宛先）新潟市長

申請者（対象者・児童の場合は保護者）

〒
住所

氏名

日常生活用具給付申請書

下記により日常生活用具の給付を申請します。

対象者	ふりがな 氏名	□申請者と同じ		生年月日	年 月 日
	住所	□申請者と同じ 〒		電話番号	
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障がい名	級	部位等級		
療育手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障がいの程度				
特定疾患医療 受給者証 ※未受給者は、別途 診断書が必要。	受給者番号		交付年月日	年 月 日	
	疾患名				
	症 状				
給付を希望 する理由					
該当する所得区分(※)	生活保護 ・ 非課税 ・ 課税 ・ 一定所得以上				
給付を受けたい 用具の名称			紙おむつの 場合に記入 ○をつけて ください。	ゴミ袋支給のために、必要な 個人情報を担当課へ提供する ことについて 同意します・同意しません	
希望する型式			給付上特に 希望する事項		

※該当する所得区分

非課税・・・市町村民税非課税世帯

課 税・・・市町村民税課税世帯（障がい者が18歳未満の場合）

障がい者本人またはその配偶者が課税の場合（障がい者が18歳以上の場合）

一定所得以上・・・障がい者本人または世帯員のうち、市町村民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上

同意書

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、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。

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒			
対象者	ふりがな 氏名	生年月日	個人番号	
	<u>□申請者と同じ</u>	年 月 日		
上記対象者以外の世帯員	対象者との続柄	ふりがな 氏名	生年月日	個人番号
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※「上記対象者以外の世帯員」欄については、住民基本台帳上の世帯で、①障がい者が18歳以上の場合は「対象者の配偶者」、②障がい者が18歳未満の場合は「対象者以外の世帯員全員」について記入してください。