

会津坂下町日常生活用具給付（貸与）申請書

<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>会津坂下町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者（署名又は記名押印） 住 所 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span> （対象者との続柄 <span style="float: right;">）</span> 電 話 <span style="float: right;">（ <span style="float: right;">）</span></span></p> <p>会津坂下町地域生活支援事業実施規則第21条の規定により、下記のとおり申請します。 この申請に係る支給申請の決定のため、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。</p>										
対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ								
	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					性別	男・女		
	個人番号									
	生年月日	年 月 日（ 歳）			電話	（ <span style="float: right;">）</span>				
保護者氏名 <small>（対象者が18歳未満の場合）</small>							続柄			
保護者個人番号										
障 が い 等	<input type="checkbox"/> 障害者 手 帳	手帳番号	（ <span style="float: right;">）</span> 第 <span style="float: right;">号</span>							
		交 付 年 月 日	年 月 日			障害等級	級			
		障がいの内容								
	<input type="checkbox"/> 難病等	証明資料	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患登録者証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他（ <span style="float: right;">）</span>							
疾 患 名										
世 帯 状 況	氏 名	対象者との続柄	生年月日			備考（対象者に対する介護の状況等）				
給付（貸与）を 希望する理由										
給付（貸与）を 受けたい用具の名称					希望する 形式規模等					
給付（貸与）上、 特に希望する事項										
業 者 名					住所					
該当する所得区分		生活保護 ・ （低所得1・低所得2） ・ 一般 ・ 一定所得以上								
生活保護への移行予 防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。								