

（宛先）高松市長

申請者 住所
氏名
（対象者との続柄）
電話番号

高松市重度障害者日常生活用具給付申請書

日常生活用具の給付について、次のとおり申請します。
なお、給付申請に対する決定のため、公簿等により私及び世帯員の課税状況について確認されることに同意します。
また、生活保護の受給の有無について確認されることに同意します。

対象者	氏名			生年月日	年 月 日生(歳)		
	住所				個人番号		
	<input type="checkbox"/> 障害者	障害者手帳番号	第 号 (年 月 日交付)		障害等級	級	
	<input type="checkbox"/> 難病	疾患名			症状		
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	個人番号	年度市町村民税		備考
		本人			均等割	所得割	
					有・無	円	
					有・無	円	
					有・無	円	
対象者の状況	1 在宅 2 施設入所(施設名) 3 入院中(退院予定日 年 月 日)				生活保護の受給の有無	有・無	
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介助が必要 2 自分でできる	排便	1 他人の介助が必要 2 自分でできる			
給付を希望する理由							
給付を受けたい用具の名称							
備考							

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口 <input type="checkbox"/> () 総合センター・支所・出張所 <input type="checkbox"/> 郵送					
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付)/公的証明書2点				
	<input type="checkbox"/> 代理人 (保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可) <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付)/公的証明書2点					
	上記以外の番号確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票				