

(様式1)

倉敷市障がい者（児）日常生活用具給付申請書

年 月 日

倉敷市（倉敷・水島・児島・玉島）社会福祉事務所長 あて

申請者（対象者が18歳未満の場合は保護者）

住 所 倉敷市 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

対象者との続柄 本人・保護者・その他（ _____ ）

電話番号 （ _____ ） - _____

なお、この申請に係る必要な所得調査については同意します。

か な 氏 名				生年月日	年 月 日（ 歳）		
個人番号							
住 所	〒 倉敷市						
生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設（ _____ ）			<input type="checkbox"/> 医療機関（ _____ ）			
身体障がい者 手帳番号	（ _____ ）県・市 第 _____ 号	療育手帳 番 号	岡山県 第 _____ 号	精神障がい者保健 福祉手帳番号	岡山県 第 _____ 号		
障 がい 名 （難病疾患名）				障がい等級	級 A ・ B		
給付を受けたい 用具の名称							
希望する形式規模等 （商品名・型番）							
業者の決定方法	<input type="checkbox"/> 相見積もり			<input type="checkbox"/> 見積もり合わせ			
紙おむつの支給方法	<input type="checkbox"/> 受給者証による代理受領			<input type="checkbox"/> 償還払い			
ストーマの造設状況	人工肛門（ _____ ）か所 ， 人工尿路（ _____ ）か所 ※変更の場合は、造設状況が分かる書類を添付してください。						
備 考							

(必要書類 ※申請者は記入しないこと)

【共通】 カタログコピー （見積書（相見積りの場合のみ必要。委託契約業者より2社以上））

【難病】 倉敷市障がい者（児）日常生活用具給付診断書（難病患者等）

【難病】 特定疾患医療受給者証（難病患者等）コピー

【その他】 倉敷市障がい者（児）日常生活用具給付医師意見書（吸入器、吸引器、ネブライザ、おむつ）

(裏面へつづく)

■世帯・収入状況の申告

	氏名	生年月日	対象者との続柄	個人番号			
申請者							
配偶者							
	申請者と住所が異なる場合→住所：						
①対象児童							
②その他世帯員							

対象者が18歳以上の場合は、①②の記入は不要です。

【世帯の範囲】

区分	世帯範囲
障がい者（18歳以上）	本人+配偶者
障がい児（18歳未満）	原則として住民票上の世帯

■該当する所得区分に○をして下さい。

1月1日～6月30日までに申請された場合

前年の1月1日時点で倉敷市に住民票のない方は市町村民税額の確認できるものを添付してください。

7月1日～12月31日までに申請された場合

当該年の1月1日時点で倉敷市に住民票のない方は市町村民税額の確認できるものを添付してください。

	区分	世帯の所得状況	月額負担上限
	生活保護	生活保護世帯	0円
	低所得	市民税非課税世帯	0円
	一定所得以上	市民税所得割の額が46万円以上※2	支給対象としない
	一般	市民税課税世帯※	原則として1割負担

※2世帯の所得状況により、「税法上の扶養親族に関する申告書」を提出していただく場合があります。