

日常生活用具給付申請書

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

※ — —

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(申請先) 土浦市長

〒300-8686

申請者 住所 土浦市大和町 9-1

氏名 土浦 花子 (対象者との続柄: 妻)

電話 029-826-1111

対象者	氏 名	土浦 太郎	男・女	生年月日	昭和 34年〇月〇日 (〇〇歳)	
	住 所	〒300-8686 土浦市大和町 9-1				
	手帳番号	土浦市 第 〇〇〇〇 号	手帳交付日	令和 〇年 〇月 〇〇日		
	障害名	呼吸機能障害			障害等級	3 級
	疾患名	間質性肺炎				
給付を受けたい用具の名称	電気式たん吸引器	希望する形式規模等	〇〇〇〇	用具の保有状況	1. 保有している ②. 保有していない	

給付を希望する業者	株式会社つちまる	転入者で課税状況の確認のできない場合は 1に〇を付けて課税証明書の提出が必要です。
課税証明書等 (自己負担額算出のために使用します。 次のどちらかの番号を〇で囲んでください。 1. 前年度所得税の課税額等を証明する書類を添付します。 ②. 生計中心者等の所得状況を税務関係部署に報告を求めることに同意します。		

該当する所得区分

☐生活保護 ☐市町村民税非課税世帯 ☐市町村民税課税世帯

☐市町村民税課税世帯で、かつ世帯に市町村民税所得割 46 万円以上の者がいる場合

世帯構成員の状況	氏名	続柄	職業	市町村民税課税	住民税所得割額	備考
		世帯主	有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
	合計				円	

※	年 月 日	確認者職氏名	印
上記のとおり相違ありません。			

この部分の記入をお願いします。