

## 自助具等給付費支給申請書

（宛先）江別市長

年 月 日

〒 ー  
住 所  
申 請 者  
氏 名 ㊟  
(対象者との続柄 )  
電話番号 ( )

下記により自助具等給付費の支給を申請します。なお、この申請に伴う世帯の税務資料等の閲覧を承諾します。

対象者	フリガナ氏名		男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日			
	住 所							
	区 分	重度身体障がい者（児）	手帳番号・等級	第	号	種 級	交付年月日	年 月 日
		軽度・中等度難聴児	※別紙意見書を提出してください。					
	重度要介護高齢者	認定区分		要介護4 ・ 要介護5				
世帯の状況	フリガナ氏名	続 柄	生 年 月 日		市民税課税区分	市民税所得割	資料番号	
		世帯主	明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
			明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
			明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
			明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
			明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
			明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
			明・大・昭・平 年 月 日		生活保護 非課税 均等割のみ・所得割有			
世帯区分	生保	非課税	均等割のみ	所得割有	所得割46万円以上	給付等負担額	予 定 価 格 円	自 己 負 担 額 円
上限月額	0	1,100	2,250	2,900	交付対象外		公 費 負 担 額 円	平成 年 月 日 確認者
給付を希望する用具の種目								
備 考								

第 1 号様式 (第 5 条関係)