

# 障害者（児）日常生活用具給付申請書

※10月以降の申請は、9月1日以降の受付開始です。

(申請先)

中区長

申請日 **令和0年0月0日**

申請者氏名 **中区 次郎**

続柄 ( **弟** )

住 所 **中区日本大通35**

電話番号 **045 (123) 456**

申請日、申請者氏名・続柄・住所・電話番号を必ず記入。(代理申請の場合は代理者=申請者)

次のとおり障害者日常生活用具の給付を申請します。  
※ 障害者（児）日常生活用具給付申請に際して、給付決定に必要な対象者世帯の税情報、世帯情報、障害者関連情報、介護保険給付等関係情報、生活保護

対象者の氏名・住所・生年月日・電話番号を必ず記入

対象者	氏名	<b>中区 太郎</b>		
	住所	生年月日	<b>平成元年0年0月</b>	
		電話番号	<b>045-123-0000</b>	
		FAX番号	<b>045-123-0000</b>	
個人番号				

障害の状況	身体障害者手帳	<b>横浜市 第 123456 号</b> (平成0年0月0日 交付) <b>2種4級</b>	<b>直腸機能障害</b>
	愛の手帳	第 ( ) 号 ( 交付)	
	精神障害者保健福祉手帳	第 ( ) 号 ( 交付)	
難病等患者	・期間(上下半期or上半期のみor下半期のみ)のいずれかにチェック ・品目にチェックし、要件(消化器系、尿路系等)に○をつけてください。(原則、前回の給付決定通知と同じ)		

対象者の手帳情報を記入

品目名称 (申請期間にチェックし、該当品目を○で囲んでください)

期間	<input checked="" type="checkbox"/> 上半期 (10月～3月) 及び下半期 (4月～9月) <input type="checkbox"/> 上半期のみ <input type="checkbox"/> 下半期のみ
品目	<input checked="" type="checkbox"/> ストーマ用装具 (消化器系・尿路系・重度知的障害者向け・ストーマ用装具代替)
	<input type="checkbox"/> 紙おむつ (重度肢体不自由者・重度知的障害者・先天性神経障害排泄機能障害者 (1) 先天性神経障害排泄機能障害者 (2)・ストーマ用装具代替・外傷等起因者)
	<input type="checkbox"/> 集尿器 <input type="checkbox"/> 気管孔用プロテクター <input type="checkbox"/> 人口咽頭 (埋込型用人口鼻)
送付先	※対象者宅以外に送付を希望する場合は、必ずご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者宅へ送付
	<input type="checkbox"/> その他 〒 - 住所： 氏名： 対象者との続柄 ( )

(FKC01FM20010)



# 世帯状況・収入等申告書

(申告先)  
横浜市中 区長

申告日 令和〇 年 〇月 〇日

給付申請書と同じ

申告者氏名

中区 次郎

続柄 ( 弟 )

住 所

中区日本大通35

次のとおり申告します。

## 1 世帯の状況について

以下の該当する方の状況を記入してください。

- ・利用者が18歳以上の場合：本人及び配偶者（単身赴任等により生計を一にしている配偶者を含む。）
- ・利用者が18歳未満の場合：保護者の属する世帯員全員（単身赴任等の保護者を含む。）
- ・扶養親族等の人数：当該年度の市民税における1月1日現在の年齢で、該当する人数

	氏 名	生年月日	利用者からみた続柄	扶養親族等の人数		年度の市民税の状況		確認							
				16歳未満	16～18歳	課税・非課税の別	制度の基準に基づく所得割の額/年(以下同様)								
利用者	中区 太郎	平成元年〇月〇日		1人	1人	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税		円							
利用者の配偶者						<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		円							
世帯員	分かる範囲で記入してください。 ※ 申請年の1月1日現在、横浜市以外に住民登録があった場合は、課税証明書又は、「同意書」をご提出ください。														
													<input type="checkbox"/> 非課税		円
													<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		円
													<input type="checkbox"/> 非課税		円

※ 世帯の状況において、単身赴任等により別世帯である場合は、下記の欄もご記入ください。

氏名						<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		円
住所	〒							

## 2 他制度・わかる範囲でご記入ください。

上記の制度、  
なお、その事実及び内容（金額等）に応じて公簿等で確認を行います。また、以下の方法によって確認した、いずれかの方の所得割の額が46万円以上の場合、制度対象外となります。

制度・控除の種類	該当に○	有の場合の説明・備考	確認
生活保護の適用	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 有	申請時点で生活保護の適用がある場合、課税状況に優先します。	
住宅借入金等特別税額控除（住宅取得控除）	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> 有	・控除前の所得割の額で判定します。 ・所得割の額が46万円より高くなることによって、制度対象外になる場合があります。	
寄付金税額控除（ふるさと納税等）	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 有		
年少・特定扶養控除 ※ 上欄1の表中に記入	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 有	・当該控除廃止前の所得割の税率で税額を計算します。 ・所得割の額が46万円より低くなることによって、制度対象になる場合があります。（非課税にはなりません。）	