様式第１号の２（第３条関係）

日常生活用具給付（非常用電源）申請書

年　　月　　日

久万高原町長　様

申請者
住　　所
氏　　名
個人番号
（対象者との続柄　　）
［電話番号　　］

下記により日常生活用具の給付（非常用電源）を申請します。
なお、給付決定にあたっては私の世帯の住民情報、税務資料その他について各関係機関に照会等をすることに承諾します。また、給付調整等にあたっては関係事業者等に個人情報を提供することを承諾します。

対象者	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日生（　歳）
	住　所			個人番号	
	障害者手帳番号	県第　号			年　月　日交付
	障害名			障害等級	級
	疾患名	（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと）			
	施設入所希望の有無	希望（　施設）　希望しない			

世帯の状況	氏　名	対象者との続柄	生年月日	職　業	備考（対象者に対する介護の状況等）

給付を希望する理由	
減免の種類	□　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。※世帯とは住民票上の世帯をいいます。 1　生活保護世帯 2　市町村民税非課税世帯　合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計が80万円以下 3　〃　〃　80万円超
現在の住まいの状況	住宅　1　自宅 2　借家 （貸主の諾否）（　）
給付を受けたい用具の名称	希望する形式規模等
誓約書	私は本申請により給付を受けた用具を使用することで事故等が発生した場合、町にすべての責を問わないことを誓います。 申請者＿＿＿＿＿＿＿＿ 給付対象者＿＿＿＿＿＿＿＿