

日常生活用具給付申請書

年 月 日

恵那市福祉事務所長 様

申請者
住所 恵那市
氏名
個人番号
対象者との続柄（ ）
電話

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。
日常生活用具給付の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所					
	フリガナ 氏 名	(個人番号)				
	生年月日				電話	
	障害者手帳	種 別	身体・療育・精神	手帳番号		
		障害等級 又は程度		交付年月日	年 月 日	
		障 害 名				
	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)				
給付を受けたい 用具の名称				希望する形 式規模等		
希望する業者						
給付上特に 希望する事項						
備 考						
該当する所得区分		1. 生活保護 2. 非課税 3. 一般 4. 一定所得以上				