

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

上郡町長 あて

（申請者） ※「障害者」または「障害児の保護者」

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請いたします。
 日常生活用具の給付の決定のため、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				性 別	男 ・ 女	
	氏 名						
	生年月日	年 月 日	電話番号				
	障 害 者 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
		障害種別			障害等級	級 ・ 判定	
障 害 名							
用具の名称			型 式 等				
希 望 す る 日常生活用具業者	名 称						
	所 在 地						
	電 話 番 号			FAX 番号			
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般						
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。						

（添付書類）

- ・ 障害年金、労災年金、遺族年金、老齢年金の額を証する書類
- ・ 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別障害者手当の額を証する書類
- ・ その他必要な書類