様式第１号（第４条関係）

**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 | | □　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