

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 山口市福祉事務所長

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。  
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。

(申請者)

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ⑩  
自筆による署名又は記名押印

続 柄 (本人が18歳未満の児童の場合のみ) : \_\_\_\_\_

電話 (FAX) 番号 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※日中連絡をとることができる連絡先をご記入ください。

対象者 児	氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所						
	障がい者手帳 番号・等級	県 第	号	種 級	個人番号		
	障がいの内容 (○で囲む)	視覚・聴覚・平衡機能・肢体不自由(上肢・下肢・体幹・脳原性運動機能)・心臓 音声・言語機能・呼吸器機能・ぼうこう機能・直腸機能・じん臓機能・知的・精神					
	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					
	(18歳以上の場合) 別世帯の配偶者	有・ 無	氏 名			生年月日	年 月 日
	(18歳未満の場合) 別世帯の保護者		住 所				
納入業者				希望月数 (ストマ用装具、 紙おむつの場合)	月分から		
用具名称					月分まで		
用具詳細 (名称、数量等)							
住居の状況 (○で囲む)	在宅 ・ 施設入所 (施設名 : _____)						
添付書類 ○所得(課税)証明書							

書類提出者 (申請者と同一の場合は記入不要です。)

氏 名 (申請者との関係)	( _____ )		委任欄	左記の者を代理人に定め、支給申請の 権限を委任します。  氏 名 _____ 印 _____  自筆による署名又は記名押印
住 所	〒 _____ 電話 (FAX) 番号 _____			

※市記入欄

給 付 歴	
-------	--