

日常生活用具給付等申請書

茨城町長 宛		申請日 年 月 日	
		(申請者) 住 所 氏 名 個人番号 対象者との続柄 電 話	
		⑩	
<p>下記のとおり日常生活用具の給付等を申請します。          なお、日常生活用具の給付等申請の決定のため、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、閲覧等を行うことを承諾します。</p>			
対象者	住 所		
	フリガナ 氏 名	(個人番号 )	
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 ( )
障 害 者 手 帳		手帳番号	第 号
		障 害 種 別	交 付 年 月 日
		障 害 名	年 月 日
		障 害 等 級	障 害 等 級
難病名			
給付を希望する理由			
給付(貸与)を受けたい用具の名称			
希望する 日常生活 用具業者	名 称		
	所 在 地		
	電 話	( )	F A X ( )
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上	
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。	