

# 日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先)

加賀市長

申請者

住 所

氏 名

㊞

(対象者との続柄)

電話番号

下記により日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
	住 所					
	身体障害者手帳	障害等級	級	手帳番号	第 都道府県(市)号	
	障 害 名					
	療 育 手 帳	障害の程度		手帳番号	第 都道府県(市)号	
	施設入所・入院の有無	有 (施設名・医療機関名 ) 無				
	難病等疾病名					
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生 年 月 日	備 考		
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
給付を受けたい用具の名称						
希望する業者名						
給付を希望する理由						
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上				
日常生活用具の給付申請に際し、対象者及び対象者と生計を同一にする者に係る世帯の収入状況の確認のため、調査を受けることに同意します。						
					世帯主氏名 ㊞	

裏面に記載例があります⇒