

日常生活用具給付申請書

申請日： 年 月 日

(申請者)

豊後大野市長 様

住所：

氏名：

個人番号：

対象者との続柄 ( )

電話：

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。  
日常生活用具の給付申請の決定のため、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、閲覧することを承諾します。

対象者	住 所				
	フリガナ氏名				
	生 年 月 日	年 月 日生( 歳)	電 話		
	個 人 番 号				
身 障 害 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
障 害 名					
療 育 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	判 定	年 月 日	次 回 判 定	年 月	
精 神 障 害 保 健 福 祉 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	等 級	級	有 効 期 限	年 月 日	
給 付 を 受 け る 日 常 生 活 用 具 名					
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			
備 考					