

日常生活用具給付申請書

年 月 日

世羅町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

個人番号

(対象者との続柄 )

次により日常生活用具の給付を申請します。また、この申請に係る自己負担額等の決定のため、私の属する世帯の課税状況等を閲覧することに同意します。

対 象 者	住 所	〒 世羅郡世羅町大字				
	ふりがな 氏 名	(個人番号)				
	生年月日	年 月 日生	( 歳)	電 話		
	身体 障害	身体障害者手帳番号 第 号	年 月 日交付			障害者手帳内 容確認者職氏 名印
		障害名	障害等級		級	
	知的 障害	療育手帳番号	判定年月日 年 月 日	障害の程度		
	精神 障害	精神障害者保健 福祉手帳番号	判定年月 年 月 日	障害の程度 級		
難病						
世 帯 の 状 況	世帯構成員 氏 名	続柄	生 年 月 日	本年度の町民 税所得割額	生保適用 の有無	
		世帯主			有・無	課税・非課税
					有・無	課税・非課税
					有・無	課税・非課税
					有・無	課税・非課税
給付を希望す る理由						
給付を受けたい 用具の種目				希望する型 式・規模等		
給付上特に希望 する事項						
備 考						