

長井市日常生活用具給付申請書

年 月 日

長井市長 宛

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

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						生年月日	年 月 日				
	氏 名						電話番号					
	個人番号											
身体障害者手帳	手帳番号	第 号				交付年月日	年 月 日					
	障害種別	種 等 級				級						
	障 害 名	機能障害										
療 育 手 帳	手帳番号	第 号				交付年月日	年 月 日					
	程 度											
難病患者等												
希望する日常生活用具名												
希望する業者名	名 称											
	所在地											
	電 話											
該当する世帯区分		生活保護世帯				非課税世帯				課税世帯		

----- ここから下の欄は記入しないでください。 -----

【長井市確認欄】

申請受付年月日	年 月 日	世帯区分	生活保護世帯 ・ 非課税世帯 ・ 課税世帯		
前回給付実績	無 ・ 有 ( 年 月 日)		確認者		