

日常生活用具給付（貸与）申請

年 月 日

日南町長 様

申請者

住 所

氏 名

(対象者との続柄)

電 話

下記により、日常生活用具の給付（貸与）を申請します。

日常生活用具の給付（貸与）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	氏 名		性 別		生年月日		歳	
	住 所							
	障害区分	1. 身体		2. 知的		3. 精神		4. 難病
	手帳番号 (身体・知的・精神)	第	号	交付				
	障害名(身体のみ)				障害等級			
	難病患者等疾患名	—						
日常生活用具を必要とするものが18歳未満の場合の扶養義務者氏名					扶養義務者 住所			
世 帯 の 状 況	氏 名	対象者との 続柄	生年月日	職業	備 考			

給付(貸与)を希望する理由								
給付(貸与)を受けたい 用具の名称					希望する形式 ・規模等	—		
給付(貸与)上、特に希望 する事項		—		ストマの場合、希望する 給付期間(最長6ヶ月)				
備 考								

- 注意 様式中、給付または貸与の字句は、不要の方を抹消すること
- 添付書類 給付を希望する対象者の属する世帯が、市町村民税非課税世帯である場合、障害年金等、工賃証明、特別児童扶養手当等が確認できるものを添付すること。(貸与は除く)