

様式第1号（第5条関係）

日常生活用具給付申請書

年 月 日

春日部市福祉事務所長 あて

住 所
 申請者 氏 名
 個 人 番 号
 電 話 番 号 ()
 対象者との続柄

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名	(個人番号)				
	生年月日	年 月 日生	男・女	電 話	()	
身体障害者手帳	年 月 日交付 都道府県(市)第 号		級 種			
	障 害 名					
療 育 手 帳	年 月 日交付 埼玉県第 号		障害等級			
精神障害者 保健福祉手帳	年 月 日交付 手帳番号		障害等級			
疾 患 名	<small>(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)</small>					
給付を希望 する用具の 名称・形式等						
給付を希望 する理由 (具体的に)						
該当する世帯区分	生活保護又は支援給付・低所得1・低所得2・一般世帯・一定所得以上					

同 意 書

日常生活用具の給付申請の決定にあたり、対象者の身体状況、世帯構成、介護保険の要介護度認定状況、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に調査、照会、閲覧することに同意します。

同意者氏名
 同意者の配偶者氏名 (個人番号)