

障害者日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

須恵町長 殿

申請者

住 所

氏 名

電 話 ( )

(対象者との続柄)

下記により、日常生活用具の給付を申請します。また、支給決定のため、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、照合、閲覧することを承諾します。

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
	住 所	糟屋郡須恵町大字			
	障害者手帳番号		第 号	年 月 日交付	
	身 体	障 害 等 級		級	知的
障 害 名					
世帯の 状 況	氏 名	対象者との 続 柄	生年月日	備考(対象者に対する介護の状況等)	
給付を受けたい用具					
給付を希望する理由					
給付上特に希望する事項					
備 考					
(注意) 1 この申請には、対象者又はこれを扶養する者の前年分所得または、前年度分市町村税の課税額を証明する書類を添付すること。					