

大網白里市障害者等日常生活用具費支給申請書

(あて先) 大網白里市福祉事務所長 様

年 月 日

居住地

申請者氏名



対象者との続柄

電話

大網白里市障害者等日常生活用具費支給事業実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	氏名			生年月日	年月日	
	居住地					
	身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付日	年月日	
		障害名			等級	
	療育手帳	手帳番号		交付日		程度
保健福祉手帳	手帳番号		交付日		等級	
世帯状況	氏名	対象者との続柄	生年月日		備考	
現在の介護の状況			住まいの状況	1 持家 2 借家(貸主の承諾有) 3 借家(貸主の承諾無)		
支給を希望する理由						
日常生活用具の名称						
取付工事の内容			形式規模等			
支給を希望する業者						
該当する所得区分	生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上					

添付書類

- 上記の事実関係を確認できる書類(次の同意書の記入により、公簿等による確認ができるときは、添付を省略することができます。)
 - 日常生活用具の見積書(点字図書の給付を希望する場合は、点字図書発行証明書)
- ※1 住宅改修費の支給を希望する場合は、これに加えて住宅改修の計画書を添付してください。
※2 取付工事費の支給を希望する場合は、これに加えて取付工事費の見積書を添付してください。

同意書	上記の事実関係を、大網白里市保有の公簿等により市の職員が確認することに同意します。 年 月 日 申請者氏名
-----	---

注 申請者は氏名を自署することにより、押印を省略することができます。