

日常生活用具給付申請書

申請日： 年 月 日

新城市福祉事務所長 殿

住 所：

申請者

氏 名： 印

電 話：

次のとおり、日常生活用具の給付申請をいたします。

また、給付認定に係る自己負担額算定に必要な本人および扶養義務者に係る公簿等の閲覧等に関する
所定の権限を新城市長に委任します。

別添見積書のとおり日常生活用具を購入します。品目等に変更のある場合は、新たに日常生活用具
の給付申請を行うことを誓約します。

対 象 者	住 所	〒			
	フリガナ			性 別	
	氏 名				
	生 年 月 日	生 (歳)	電 話		
身 体 障害者 手 帳	手帳番号		交付年月日		
	障害種別			障害等級	
	障害名				
療育手帳	手帳番号		交付年月日		
	判 定		次回判定		
精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号		交付年月日		
	等 級		有効期間		
給 付 を 受 け る 日 常 生 活 用 具 名					
希 望 す る 日 常 生 活 用 具 業 者	名 称				
	所在地				
	電 話		F A X		
給付歴		初回 ・ 再交付（前回 年 月 日）			
生活保護への移行予防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			