

様式第1号（第5条関係）

障害者（児）日常生活用具給付申請書						
					年 月 日	
菰野町長 宛て						
申請者 住 所						
氏 名						
（対象者との続柄）						
電話番号						
<p>下記により日常生活用具の給付を申請します。 この申請につき、町長が私又は私の世帯員の住民登録資料、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。</p>						
対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）	
	個人番号					
	住 所	菰野町				
	障 害 者 手 帳	種 類	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳			
		番 号	第 号（ 年 月 日交付）			
		障害名		等級		
	疾 患 名					
入院・入所の有無	無 ・ 有（ 施設名 ）					
給付を受けたい用具の名称						
希望する型式等						
給付を希望する理由						
該当する所得区分	A（生活保護）・B（非課税者：所得80万円未満）・C（非課税者：所得80万円以上）・ D1（課税者）・D2（課税46万円以上）					
備 考						

※申請される用具の見積書と、パンフレット等（用具の概要がわかるもの）を添付してください。