

日常生活用具給付申請書

年 月 日

松田町長 殿

申請者 住 所
ふりがな
氏 名 印
電話番号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。
日常生活用具の給付の決定のため、必要があるときは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、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	ふりがな 氏 名		申請者との 続 柄	
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	
手 帳 番 号	第 号	手 帳 交 付 年 月 日	年 月 日	
障 害 名		障 害 等 級	級	
給付を受けたい 用具の名称				
希望する型式 規 模 等				
給付上特に 希望する事項				
該当する所得区分	生活保護・（低所得1・低所得2）・一般			
備 考				