

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 山武市長

(申請者)

住 所

氏 名

対象者との続柄

電 話

次のとおり日常生活用具の給付申請をします。

日常生活用具給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、市民税の課税状況について、山武市が保有する情報を確認することを承諾します。

対 象 者	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日	性別		電 話	
障 害 者 手 帳	手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別			障害等級		
障 害 名						
給付を受けたい 用具の名称						
住まいの状況	1 自宅(持家) 2 貸家(貸主の承諾 有・無)					
希 望 す る 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話			FAX		
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上					
生活保護への移行 予防措置に関する 認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。					