

様式第1号（第5条関係）

重度障がい者等日常生活用具給付（貸与）申請書

申請日		年	月	日
伊万里市福祉事務所長 様				
(申請者)				
住 所				
氏 名				
(自筆による署名又は記名押印のいずれかとすること。)				
個人番号				
対象者との続柄 (本人・配偶者・子・)				
電 話 ()				
下記のとおり日常生活用具の給付（貸与）申請をいたします。				
対 象 者	住 所			
	フリガナ 氏 名	個人番号		
	生年月日	年	月	日
身体障がい者手帳 療育手帳 精神障がい者保健福祉手帳	手帳番号	第	号	交 付 年月日
	障がい種別			障がい等級
障 がい 名 又 は 疾 患 名				
給付（貸与）を受けた い用具の名称				
希望する 日常生活 用具業者	名 称			
	所在地			
	電 話	FAX		
該当する所得区分		生活保護	・ 非課税世帯	・ 課税世帯

日常生活用具の給付（貸与）の決定に必要なあるときは、私及び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。

氏名

(自筆による署名又は記名押印のいずれかとすること。)