様式第1号(第3条関係)

日常生活用具給付申請書

　年　　月　　日

(宛先)鴻巣市長

申請者

住　　所

氏　　名

(対象者との続柄　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | 　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳) |
| 障害者手帳 | 　第　　　　　　号 | 年　　　月　　　日交付 |
| 障害名 | 　 | 障害等級 | 　　　　　　　 |
| 疾病名 | （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載すること。） |
| 世帯の状況 | 氏名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職　業 | 個人番号 |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 |
| 給付を受けたい用具の名称 | 　 | 希望する型式等 | 　 |
| 希望する業　者 | 名　称 |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 |  |
| 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 | □生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |
| 　上記のとおり日常生活用具の給付を申請します。　この給付の決定のため、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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |