

日常生活用具給付申請書

申請日: 令和 年 月 日

(あて先) 中津市福祉支援課長 あて

(申請者)

住所:

氏名:

個人番号:

電話:

対象者との続柄 ()

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。
日常生活用具の給付申請の決定のため、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。

対象者	住所			
	フリガナ氏名		性別	
	生年月日		電話	
	個人番号			
身体障害者手帳	手帳番号		交付年月日	
	障害種別		障害等級	
障害名				
療育手帳	手帳番号		交付年月日	
	判定		次回判定	
精神障害 保健福祉手帳	手帳番号		交付年月日	
	等級		有効期限	
給付を受ける 日常生活用具名				
希望する 日常生活 用具業者	名称			
	所在地			
	電話		F A X	
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		
備考				