|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（第３条関係） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年 　月 　日  日常生活用具給付等申請書  大野市福祉事務所長　殿   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | （申請者） | | | | | | | 郵便番号 |  | | | | | | 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等の申請をいたします。  　日常生活用具の支給等の決定のため、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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | | | | |  |
| 生 年 月 日 | 年 　月 　日 | | | 性 別 | 男・女 | | | 電話 | | | |  | | |  |
| 障害者手帳 | | 手帳番号 | 福井県第　　　　　号 | | | 交付年月日 | | | |  | | | | | |  |
| 障害種別 |  | | | | | | | 障害等級 | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 給付・修理・貸与を受ける日常生活用具 | |  | | | | | 修理の部位 | | | |  | | | | | |
| 希望する用具業者 | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | ＦＡＸ | | | |  | | | | |
| 該当する区分 | | 生活保護　　　　一般　　　　一定所得以上 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | |