|  |
| --- |
| 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 |  |