

日常生活用具給付申請書

年 月 日

日高町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (印)

個人番号 _____

(対象者との続柄) _____

電話番号 _____

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

なお、日常生活用具の給付の決定に当たり、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、照会及び閲覧することを承諾します。

対象者	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日	日生
	住所	日高町			
身体障害者手帳	手帳番号	北海道 第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害名			障害等級	級
給付を希望する用具名					
希望する事業者					
該当する所得区分	生活保護 ・ 非課税 ・ 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	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。				

※ 難病等により日常生活用具を申請される方は、「身体障害者手帳 障害名」の欄に疾病名をご記入ください。

居宅生活動作補助用具（住宅改修費）の給付申請をされる場合は、「給付を希望する用具名」欄に住宅の状況も記入してください。借家の場合は貸主の承諾が必要となります。