様式第1号（第5条関係）

日常生活用具給付等申請書

申請日　　年　　月　　日

鉾田市長　　様

（申請者）
住　所
氏　名　　㊞
対象者との続柄
電　話

下記のとおり日常生活用具等の給付等申請をいたします。
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					
	生年月日	年　月　日	性別		電　話	

身体障害者手帳	手帳番号	第　　号	交付年月日	年　月　日
	障害種別	種	障害等級	級
障　害　名				

給付等を受けたい日常生活用具名	ｽﾄﾏ用装具・紙おむつは月分を記入 （　　月分～　　月分）			
希望する日常生活用具業者	名称			
	所在地			
	電話		FAX	
該当する所得区分	生活保護　・　（低所得１　・低所得 2）・　一般　・　一定所得以上			
介護保険サービス利用状況	要介護認定	有・無	要支援（　）・要介護１・２・３・４・５・	
	利用中のサービスの種類と内容			
障害福祉関係サービス利用状況	障害程度区分の認定	有・無	区分　１　２　３　４　５　６	
	利用中のサービスの種類と内容			
備　　考				