

様式第 1 号（第 7 条、第 29 条関係）

桶川市障害者日常生活用具給付申請書

年 月 日

桶川市長

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電 話 ()

桶川市障害者日常生活用具給付事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

この申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料について、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 | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 住 所 | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | |
| | 障 害 者 手 帳 | 都・道・府・県・市 第 号 | 年 月 日交付 | | |
| | 障 害 名 | | | 障害等級等 | |
| | 疾 患 名 | (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと。) | | | |
| 対 象 者 の 属 す る 世 帯 | | <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯等 | | | |
| 給付を希望する用具の品目 | | | | | |
| 給付を希望する形式規模等 | | | | | |
| 希 望 す る 事 業 者 名 等 | | | | | |